Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

THE LIBRARY
OF THE

CLASS S610.5
BOOK D44

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Dermatologische Zeitschrift

Begründet von O. LASSAR

Unter Mitwirkung von

A. Alexander-Berlin; J. Almkvist-Stockholm; Ed. Arning-Hamburg; F. Bering-Essen; S. Bettmann-Heidelberg; Fr. Blumenthal-Berlin; H. Boas-Kopenhagen; C. Bruck-Altona; C. Bruhns-Berlin; E. Bruusgaard-Kristiania; J. S. Covisa-Madrid; C. Cronquist-Malmö; J. Darier-Paris; K. Dohi-Tokio; J. Fabry-Dortmund; W. Frieboes-Rostock; R. Frühwald-Chemnitz; O. Gans-Heidelberg; W. Gennerich-Kiel; C. Grouven-Halle; C. Gutmann-Wiesbaden; R. Habermann-Hamburg; L. Hauck-Erlangen; J. Heller-Berlin; W. Heuck-München; H. Hübner-Elberfeld; F. Jahnel-München; A. Jesionek-Gießen; A. Jordan-Moskau; F. Juliusberg-Braunschweig; W. Kolle-Frankfurt a. M.; P. Linser-Tübingen; H. Löhe-Berlin; R. Matzenauer-Graz; H. Meyer-Bremen; E. Meirowsky-Köln; G. Miescher-Zürich; P. Mulzer-Hamburg; E. Nathan-Nürnberg; G. Nobl-Wien; A. Pasini-Mailand; F. Pinkus-Berlin; R. Polland-Graz; C. Rasch-Kopenhagen; E. Riecke-Göttingen; G. Rost-Freiburg; A. Ruete-Marburg; E. Saalfeld-Berlin; G. Scherber-Wien; W. I. Schmidt-Gießen; W. Scholtz-Königsberg i. Pr.; W. Schönfeld-Greifswald; H. Th. Schreus-Düsseldorf; H. W. Siemens-München; B. Spiethoff-Jena; C. Stern-Düsseldorf; A. Stühmer-Münster; G. Stümpke-Hannover; L. Török-Budapest; P. Uhlenhuth-Freiburg; H. Vörner-Leipzig; J. Werther-Dresden; Ch. J. White-Boston; K. Zieler-Würzburg; F. Zinsser-Köln; L. von Zumbusch-München; E. Zurhelle-Bonn

und in Gemeinschaft mit

G. Arndt Berlin **L. Arzt** Wien **B. Bloch** Zürich **A. Buschke** Berlin **K. Herxheimer** Frankfurt a. M. **V. Klingmüller** Kiel

Herausgegeben von

Erich Hoffmann

Bonn

Band LII

Mit zahlreichen Abbildungen im Text

UNIVERSITY OF MINNESOTA LIBRARY

BERLIN 1928
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 39

Digitized by Google

Alle Rechte vorbehalten.

UNIVERSITY OF MINNESOTA LIBRARY

Pierersche Hofbuchdruckerei Stephan Geibel & Co. Altenburg, (Thür.).

Digitized by Google

S610.5
D44

Inhaltsverzeichnis.

Originalarbeiten.

Seite

Abraham, L., siehe Cohn, Alfred.
Balog, Paul, Die Behandlung des hypertrophischen und ulzerösen Lupus mit Neosalvarsan 402
Beretvás, Leopold, Die Serodiagnose der Syphilis mit aktiven Seren 161
Bergel, S., Die biologische Bedeutung des Fibrins für den erkrankten Organismus, mit besonderer Berücksichtigung der Hauterkrankungen 171
Cohn, Alfred und L. Abraham, Wirkung chemischer Mittel auf Gonokokken im Tierorganismus 95
Fessler, Alfred, Bromexanthem vom Typus eines Pemphigus vegetans et serpiginosus 25
Gans, Oscar, Die Dermatologie in den Vereinigten Staaten von Amerika 369
Grshebin, S. N. und G. G. Salzmann, Essigsaures Thallium als Epilationsmittel bei Behandlung der Dermatomykosen 105
Juliusberg, Fritz, Ein Fall von ausgedehnter Amyloidose der Haut 1
Karrenberg, C. L., Zur Kasuistik der phythogenen Berufsdermatosen: Hauterkrankung durch Tabakblätter 30
Kartagener, Manes, siehe Peck, Samuel M.
Kißmeyer, A., Lebensdauer der Spirochaete pallida 40
— Lebensdauer der Spirochaete pallida. (Bemerkungen zur Arbeit von Kadisch, diese Zeitschrift 1927, Bd. 51, Heft 2, S. 117.) 115
Klissiunis N., siehe Michaelides, N. A.
Klövekorn, G. H., Kopfhalter als Zusatzgerät zur Kromayer-Quarzlampe 302
Konrad, Josef, Zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Krankheit . . . 289
Kottmaier, Elsa, Eine praktisch häufige Infektionsweise der Harnblase 308
— und Jean Kottmaier, Diathermie bei Harnröhrenkarunkeln das Mittel der Wahl 303
Kroiczik, A., siehe Tischnenko, A.
Levin, Benjamin, Über die Beziehungen zwischen tertiärer Lues und Nervenlues auf Grund von Liquoruntersuchungen 296
Memmesheimer, Alois M., Von der Verwendung des Jods bei der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten 190
Michaelides, N. A., und N. Klissiunis, Der Einfluß der Opotherapie auf die Wassermannsche Reaktion 100
Panow, W. P., siehe Tarsis, F. J.
Peck, Samuel M., und Manes Kartagener, Über einen eigentümlichen, zum Teil segmentär und halbseitig angeordneten Fall von progredienter Atrophie der Haut und der Muskeln mit Pigmentverschiebung 81
Richter, Wilhelm, Ein Fall von Lichen vaccinicus 219

U OF M BINDERY (13)
436415
Digitized by Google

Seite

Saalfeld, Ulrich, Zur dermatologischen Statistik (unter besonderer Berücksichtigung der Recklinghausenschen Krankheit und der Myome) 399
Salzmann, G. G., siehe Grshebin, S. N.
Schlüter, Hans, Erfahrungen mit Perkutolen 119
Schmitz, Hans, Über Einschlüsse in den Harnröhrenepithelien bei chronischer Urethritis 116
Strempel, Rudolf, Zum neuen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 180
Tarsis, F. J., W. P. Panow und N. M. Wassiljewa, Zur Frage der Behandlung der nach intramuskulären Hg- und Bi-Injektionen auftretenden Infiltrate 394
Tischnenko, A. und A. Kroiczik, Zur Frage der Pyodermia chronica serpiginosa 11
Wassiljewa, N. M., siehe Tarsis, F. J.

Zum 60. Geburtstage von Prof. Felix Pinkus 366
Zum 70. Geburtstage von Prof. Dr. Karl Touton 443

Hideyo Noguchi † 443

Gesellschaftsberichte.

Berliner Dermatologische Gesellschaft. Sitzung vom 11. XI. 1927 41
— Sitzung vom 13. XII. 1927 223
— Sitzung vom 10. I. 1928 311
Kölner Dermatologische Gesellschaft. Sitzungen vom 3. XI. u. 25. XI. 1927 48
Dermatologentagung in Straßburg vom 14. VI. 1927 318
Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiew. Sitzungen vom 3. und 12. IV. und 24. XII. 1927 . . . . . 50, 410
Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Sitzungen vom 7. IV., 12. V., 9. VI., 7. VII. und 10. XI. 1927 . . . . 121, 233, 324, 408
Royal Society of Medicine, Section of Dermatology. Sitzungen vom 16. VI., 20. X. 1927 . . . . . 123, 237

Periodische Literatur. Zusammengestellt von Dr. Arthur Alexander-Charlottenburg 52, 125, 240, 327, 411
Buchbesprechungen 77, 152, 284, 362
Personalien und Tagesnachrichten 80, 160, 288, 366, 444
Sachregister 445
Namenregister 456

Digitized by Google

I.

Ein Fall von ausgedehnter Amyloidose der Haut.

Von

FRITZ JULIUSBERG,

Braunschweig.

Daß die Ablagerung von Amyloid in der Haut häufiger vorkommt, als früher bekannt war, geht aus einer Mitteilung *Freudenthals* in der Schles. Dermatol. Gesellsch. (Zbl. f. Hautkr. S. 26. Bd. XX) hervor, der in kurzer Zeit bei etwa 30 Fällen, besonders in der Gesichtshaut älterer Personen, Amyloid in scholliger oder klumpiger Form mitunter in recht erheblicher Menge, besonders bei mit Epithelwucherung einhergehenden Prozessen (Epitheliomen, Keratoma sen., Verruca sen.), nachweisen konnte. Diesem Vorkommen von Amyloid gewissermaßen als Nebenbefund gegenüber, gehören offenbar die Fälle zu den Seltenheiten, bei denen die Amyloidablagerungen in der Haut als das wesentliche Substrat knötchenartiger Gebilde eine Amyloiddermatose sui generis darstellen. Wir kennen diese Amyloiddermatose einerseits als die Komplikation allgemeiner Störungen des Eiweißstoffwechsels (Amyloidosis cutis metabolica), andererseits als reine Hauterkrankung für sich ohne gleichzeitige Erkrankung anderer Organe (örtliche Amyloidose der Haut). Auf diese letzte Form hat *Gutmann* in mehreren Arbeiten (Derm. Ztschr. S. 65, Bd. 38; S. 76, Bd. 42; Derm. Wochenschr. S. 1223, 1283. Bd. 85) die Aufmerksamkeit gelenkt. Die lokale Amyloidose der Haut, von *Gutmann* als Hautkrankheit sui generis aufgefaßt, ist *klinisch* gekennzeichnet durch die in sehr chronischer Weise vor sich gehende Entwicklung mehr oder weniger zahlreicher, derber, ja harter, bis linsengroßer Knötchen, die sich besonders an den unteren Extremitäten entwickeln und, einmal vorhanden, offenbar außerordentlich langen Bestand haben, Jucken in verschiedener Intensität, ferner Pigmentierung, Verstärkung des Oberhautreliefs, Lichenifikation, derbe Beschaffenheit der Haut, eventuell Schwellung der regionären Lymphdrüsen. *Histologisch* findet sich eine Amyloidablagerung stets nur im Gebiete der Knötchen, ausnahmslos

Digitized by Google

auf das Stratum papillare und die oberflächlichsten Lagen der Kutis beschränkt und eine starke Verbreiterung des Stratum corneum über den Amyloidmassen, während die übrigen Schichten der Epidermis ganz überwiegend zwar auch hyperplastisch, manchmal aber auch normal oder atrophisch erscheinen. Einen von *von Königstein* mitgeteilten Fall und drei eigene Beobachtungen reiht *Gutmann* in diese Gruppe ein, auch einen früher von mir veröffentlichten Fall, bei dem es sich zweifellos um eine lokale Amyloidose der Haut handelt, bei dem es sich lediglich frägt, ob diese Amyloidose auf dem Boden einer anderen Hauterkrankung entstand oder als primäre Hauterkrankung auftrat. Diese letztere Meinung vertritt *Gutmann;* die Möglichkeit der Berechtigung dieser Auffassung ist ohne weiteres zuzugeben; ich muß darauf verzichten, auf eine weitere Erörterung über diesen Fall einzugehen, da ich weiteres Material als das in meiner ersten Veröffentlichung (Festschr. *Kaposi.* Erg.-Bd. z. Arch. f. Dermatol. 1900, S. 615) mitgeteilte nicht beibringen kann. Die Eigenart des Falles wurde erst nach der mikroskopischen Untersuchung klar, und das Ergebnis derselben schien allen, denen ich die Präparate zeigte *(Neisser, Weigert, Schäffer)* neu, bisher noch nicht beschrieben. Aus diesem Grunde wagte ich auch damals nicht, mit der Sicherheit, mit der dies heute möglich wäre, von einer Amyloidose der Haut zu sprechen und den Fall unter dieser Bezeichnung zu veröffentlichen.

Auf jeden Fall ist die Kasuistik der von *Gutmann* zu einem selbständigen Krankheitsbilde erhobenen Amyloiddermatose noch eine sehr dürftige, und dieser Grund veranlaßt mich, den folgenden Fall, den ich schon einmal kurz in der Hamburger Dermatol. Gesellsch. (Zbl. f. Hautkr. S. 561. Bd. XXI) erwähnte und den auch *Gutmann* in seiner letzten Arbeit zitiert, ausführlicher hier mitzuteilen, zumal dieser Fall durch seine besondere Ausdehnung und durch die Tatsache, daß grade der Hauptsitz der bisher bekannten Fälle dieser Erkrankung, die Unterschenkel, frei blieb, sich auszeichnete. Klinisch war eine Diagnosenstellung nach den vorliegenden Erfahrungen nicht möglich. Die Breslauer Universitätshautklinik war so freundlich, die Verarbeitung des exzidierten Materials zu übernehmen und sandte mir die Präparate mit der Diagnose: Amyloidose zurück. Ich entfernte später noch ein weiteres Stück zur Vornahme der Kongorot- und Jodreaktion; Herr Assistenzarzt Dr. *Freudenthal* in Breslau hat an diesem Stück auch diese Reak-

Digitized by Google

tionen freundlichst angestellt. Über den Fall ist folgendes mitzuteilen:

Bei dem jetzt 27jährigen, früher stets gesunden Patienten trat die Hauterkrankung vor 10 Jahren auf, zu einer Zeit, in der sich der Patient etwa $^3/_4$ Jahre lang mit Kohlentragen beschäftigte; die Hauptentwicklung des Exanthems erfolgte nach den Angaben des Patienten in diesen $^3/_4$ Jahren allmählich; in der nächsten Zeit ging die Entwicklung noch weiter, dann hat angeblich eine Ausdehnung des Exanthems nicht mehr stattgefunden. Offenbar hat das Exanthem in den letzten Jahren merkliche Fortschritte nicht gemacht; nur scheinen im Laufe des letzten Jahres einige wenige neue Knötchen in der Glutäalgegend hinzugetreten zu sein. In den letzten Wochen deutliche Abflachung und Schwund eines Teiles der am Rücken sitzenden Knötchen. Einen Einfluß auf den allgemeinen Gesundheitszustand übte die Dermatose nicht aus; der Patient war nach entwickelter Hautkrankheit noch einige Jahre im Dienste der Polizei tätig. Erst eine im Jahre 1922 — also 5 Jahre nach Beginn der Hauterkrankung und längere Zeit nach der vollen Entwicklung der Hauterkrankung — aufgetretene Encephalitis lethargica veranlaßte durch ihre schweren nervösen und psychischen Erscheinungen bald eine völlige Arbeitsunfähigkeit des Patienten. Auf jeden Fall hat also die Encephalitis lethargica auf das Entstehen und auf die Entwicklung der Hauterkrankung keinen Einfluß ausgeübt.

Als wesentliche Symptome der Encephalitis lethargica bestehen nach Herrn Nervenarzt Dr. *Löwenthal*, der mir den Patienten zur Diagnose und Behandlung seiner Hautkrankheit überwies, folgende Erscheinungen: Langsamer und schlürfender Gang, grober Tremor der Hände und völlige Kraftlosigkeit der Hände und Arme; Apathie, leise Sprache bei ungestörter Intelligenz. Wegen seiner Enzephalitis machte der Patient mehrere Quecksilberschmierkuren ohne jeden Einfluß auf die Hauterkrankung durch. Der Patient ist von Mittelgröße, hat derben Knochenbau, gut entwickelte Muskulatur, mäßig stark entwickeltes Fettpolster. Herz, Lungen und Bauchorgane ohne krankhafte Veränderungen. Urin klar, frei von Eiweiß und Zucker. Er war demnach beim Auftreten seiner Hauterkrankung völlig gesund, bekam erst 5 Jahre nach dem Auftreten der Hauterkrankung die Encephalitis lethargica und zeigte in der langen Zeit des Bestehens seines Hautleidens nie Krankheitserscheinungen, die mit einer allgemeinen Störung des Eiweißstoffwechsels in Zusammenhang zu bringen wären.

Schleimhäute ohne krankhafte Veränderungen. Keine Lymphdrüsenvergrößerungen.

Hautbefund: Frei geblieben sind nur Gesicht, Kopf, Hände, Oberschenkel, Unterschenkel und Füße, einschließlich der Nägel der Hände und Füße; alle übrigen Gebiete sind der Sitz zum Teil sehr ausgedehnter Veränderungen.

Arme: Am rechten Oberarm ist ein Gebiet von 17 cm Länge, 10 cm größter Breite — der große Krankheitsherd verläuft entsprechend der Längsachse des Gliedes — der Sitz ziemlich dichtgedrängter, etwa hanfkorn- bis kleinlinsengroßer, an der Oberfläche rauher und dadurch für die Palpation derber bis harter, teils halbkugeliger, teils mehr abgeflachter Knötchen; an den äußersten Randpartien nehmen die Knötchen allmählich an Größe ab, so daß die an der äußersten Peripherie sitzenden Knötchen nur noch Stecknadelkopfgröße besitzen. Der Krankheitsherd sitzt an der Streckseite des Armes, während die Beugeseite normal weiche, unpigmentierte Haut aufweist. Am

Digitized by Google

Unterarm, etwas unterhalb des Ellenbogens beginnend und sich bis zur Grenze des mittleren und unteren Drittels erstreckend, sitzt ein zweiter Herd von 16 cm Länge, 9 cm größter Breite, gleichfalls auf der Streckseite, während die Beugeseite frei geblieben ist. Dieses Gebiet ist in ganz gleicher Weise befallen, wie der Herd am Oberarm: derbe braunrote Papeln mit rauher Oberfläche, teils dichtgedrängt, teils mit Aussparung sehr schmaler Zwischenräume; auch hier finden sich an der Peripherie kleinere Knötchen. Die beiden Herde am rechten Arm stellen gleichsam ein breites Band dar, welches der Streckseite des Armes entlang läuft und nur am Ellenbogen für ein kurzes Stück unterbrochen ist. Dagegen besteht auf dem linken Arm eine solche

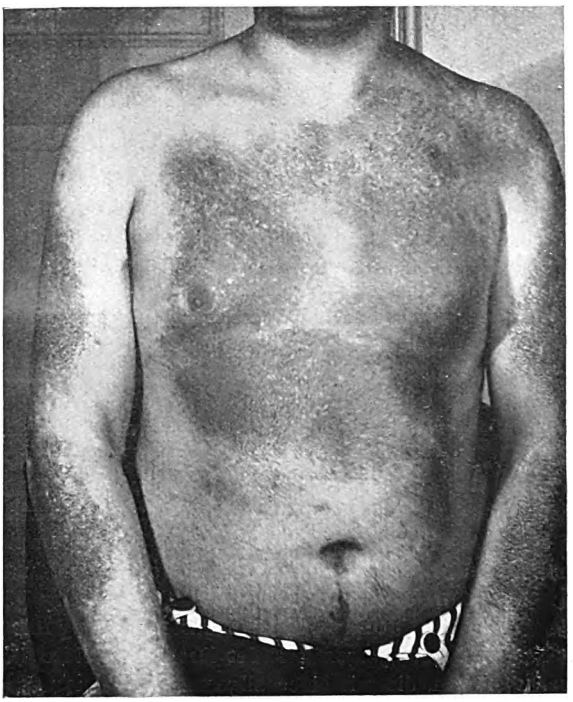


Abb. 1.

Unterbrechung am Ellenbogen nicht, sondern hier zieht sich das Krankheitsgebiet kontinuierlich auf der Streckseite von der Schulterhöhe bis an die Grenze des mittleren und unteren Drittels des Unterarmes hin, ebenfalls als breites Band, dessen größte Breite 12 cm, bei einer durchschnittlichen Breite von 10 cm beträgt; auch hier handelt es sich um relativ dichtgedrängte Knötchen von durchschnittlich Hanfkorngröße, von braunroter Farbe mit rauher bei Lupenbesichtigung an die Oberfläche der planen Warzen erinnernder Oberfläche. Ein Teil der zentral gelegenen Knoten hat etwas hellere, mehr hellbraune Farbe und einen deutlichen Glanz. An einer kleinen Stelle sitzen relativ kleine Knoten so dichtgedrängt, daß dieses kleine Gebiet oberflächlich an einen Lichen chron. *Vidal* erinnert; doch geht diese Zone unvermittelt in die mit größeren Knötchen besetzten Flächen über.

Digitized by Google

Brust, Bauch: Die Brusthaut ist so gut wie im ganzen befallen; nur kleine Gebiete über den mittleren Teilen des Sternums sind frei geblieben, auch nicht der Sitz anderweitiger Hautveränderungen, sondern treten als kleine Inseln aus der sonst im ganzen ergriffenen Brusthaut hervor. Am Bauche ist das obere Drittel mitbefallen; die erkrankten Gebiete schneiden mit ziemlich scharfer Grenze nach unten zu ab. Die unteren zwei Drittel des Bauches und die Haut zwischen der vorderen und hinteren Axillarlinie weisen keine Veränderungen auf. Brust und Bauch sind im Bereiche der Affektion der Sitz meist ganz dichtgedrängter, zum großen Teil deutlich abgeflachter, brauner bis braunroter derber Knötchen mit rauher Oberfläche von durch-

Abb. 2.

schnittlich Hanfkorngröße; nur an wenigen Stellen kann man von einer mehr halbkugeligen Form der Einzelelemente sprechen. Die flachen Papeln sitzen an den Brustpartien so dichtgedrängt, daß die Haut besonders an den oberen Teilen der Brust entfernt an einen Lichen chron. erinnert. Nur handelt es sich bei näherem Zusehen nicht um eine bloße Vergröberung der Hautfelderung, als vielmehr um größere dichtgedrängte, durch tiefe Furchen getrennte Gebilde, so daß man gleichsam einen Lichen chron. in starker Vergrößerung und Vergröberung vor sich zu haben glaubt. Auf dem Bauche, besonders nach dem Rand zu, werden die Knötchen allmählich kleiner, an der äußersten Peripherie gehen sie in punktförmige bis höchstens stecknadelkopfgroße braune Flecken über. Auf der linken Schulter sitzen kleine, sehr flache

Digitized by Google

Knötchen und bräunliche, den Knötchen an Größe entsprechende Pigmentierungen.

Rücken: Der Rücken ist im ganzen befallen; frei geblieben ist nur die Haut über der Wirbelsäule und die daran angrenzenden Partien, so daß ein durchschnittlich etwa 10 cm breiter Streifen gesunder Haut, vom Halse bis zur Kreuzbeingegend verlaufend, die erkrankten Gebiete des Rückens scheidet. Die beiderseitig vorhandenen Krankheitsherde reichen bis etwa über das oberste Drittel der Glutäalhaut. Auch auf dem Rücken ist das Grundelement ein hanfkorngroßes, braunrotes, meist etwas abgeflachtes Knötchen; auf der Haut der Glutäen ist das Knötchen am schärfsten ausgesprochen und weist hier zum Teil deutliche Halbkugelform auf. Dort ist auch die Rauheit der Oberfläche am besten durch Betastung wahrzunehmen, während am übrigen Rücken die Oberfläche wenn auch derb, so doch nicht so ausgesprochen verrukös erscheint. An den oberen Teilen des Rückens, wo die Knötchenaussaat besonders dichtgedrängt besteht, wird an manchen Stellen ganz so wie auf der Brust mit den dort angegebenen Einschränkungen ein bei flüchtigerer Betrachtung Lichen-chron.-ähnlicher Eindruck hervorgerufen. Auch am Rücken an den Randpartien allmähliche Verkleinerung der Knötchen und hier und da Übergang der Knötchen in bräunliche und gelbbräunliche Pigmentierungen.

Eine Dellenbildung konnte ich an keiner Stelle an den Knötchen, auch mit Lupenvergrößerung, feststellen. Ebensowenig war eine Konfluenz der halbkugeligen und flacheren Knötchen vorhanden, auch wo diese dichtgedrängt saßen, vielmehr war es immer leicht möglich, das einzelne Knötchen gegen seine Nachbarn abzugrenzen.

Bis auf die in der Beschreibung angegebenen Abweichungen machte das Exanthem einen ausgesprochen symmetrischen Eindruck. Das Grundelement des Exanthems ist ein halbkugeliges, braunrotes bis braunes, oberflächlich rauhes Knötchen, welches bei längerem Bestande etwas abgeflachter sich zu gestalten scheint. Wie an einzelnen Stellen kleinere, etwas weniger stark pigmentierte papulöse Gebilde an der Peripherie zeigen, beginnt offenbar das Knötchen als kleines stecknadelkopfgroßes Gebilde, um im Laufe der Entwicklung größer und ausgesprochener pigmentiert zu werden. Es scheint, als ob die ebenfalls an den Randpartien festgestellten kleinen Pigmentflecken die Reste verschwundener Papeln bedeuten; weniger wahrscheinlich ist es mir, daß es sich um Vorstadien der papulösen Gebilde handelt. Ein Rückgang der Knötchen ist in den zentralen Partien der erkrankten Gebiete nur am Rücken vorhanden, und zwar in ganz beschränkter Weise; wesentlich an den Randpartien scheinen sich progressive und wohl auch regressive Entwicklungen des Exanthems in geringerem Umfange abzuspielen.

Das Exanthem verursacht nach den Angaben des Patienten starken Juckreiz, besonders in den Abendstunden. Dementsprechend finden sich an verschiedenen Stellen deutliche Kratz-

Digitized by Google

effekte. Regelmäßige Salbeneinfettungen setzten den Juckreiz in geringem Grade herab; besonders günstig wirkte auf den Juckreiz die Anwendung einer 10%igen Calmitolsalbe.

Histologie: Die Schnitte des in Alkohol gehärteten Gewebes wurden nach *van Gieson*, nach *Pappenheim*, mit Methylviolett, mit polychromem Methylenblau und saurem Orzein gefärbt; an zwei Gefrierschnitten wurden die Kongorotreaktion und Jodreaktion geprüft.

Die Schnitte führen durch mehrere aneinandergereihte Knötchen, deren Grenzen schon in grober Weise durch eine vom Rande nach der Mitte der Knötchen zu immer stärker zunehmende Hornhautverdickung gekennzeichnet sind. Die Hornhautlamellen sind dicht aneinander gelagert — nur an der Oberfläche ist hier und da eine leichte Lockerung erkennbar. So wie die Hornhaut im Bereiche der Knötchen einen nach oben zu deutlichen Bogen bildet, ist sie auch nach der Tiefe zu gegen die kernhaltigen Epithelschichten stark vorgewölbt, derart, daß das Stratum corneum über dem einzelnen Knötchen dem Durchschnitt einer bikonvexen Linse entspricht. Zwischen den einzelnen Knötchen weist die Hornhaut eine kaum wesentliche Verdickung auf; hier ist auch der Bau der Hornhautlamellen an einzelnen Stellen ein mehr lockerer; nur in einem ganz kleinen Bezirk konnte ich einige wenige Kerne in der Hornhaut feststellen, im allgemeinen ist die Hornhaut der Sitz einer sehr ausgesprochenen Hyperkeratose.

Die Gesamtstruktur der kernhaltigen Anteile des Epithels weist im Bereiche der Knötchen nur eine sehr unbedeutende Verdickung auf und diese zumeist durch Verbreiterung des Stratum granulosum. Nur an einzelnen kleineren Knötchen möchte ich die Gesamtverdickung von Stratum granulosum und Rete als erheblicher bezeichnen, und zwar handelte es sich um Stellen, an denen die Epithelzapfen fast ganz verschwunden waren, so daß unter dem sich nach unten vorwölbenden Stratum corneum das Epithel als etwas eingedellte, aber trotzdem kompakt verdickte Masse gegen das Korium in fast gerader Linie verlaufend erscheint. Dieser Schwund der Epithelzapfen betraf aber nur zwei kleinere Knötchen; die übrigen zeigten etwas verschmälerte und vielleicht etwas verlängerte Epithelzapfen und zwischen diesen auf dem Durchschnitte mehr viereckig geformte Papillaranteile. Die Knötchen sind nur zum Teil um die Follikel angeordnet, so daß ich nicht wage, von ausgesprochen follikulärer Anordnung zu sprechen; bei einem größeren Knötchen fand sich an den beiden Grenzen je ein von Hornmassen gefüllter Follikeltrichter, während im Zentrum ein Follikel nicht erkennbar war.

Wie erwähnt, ist der Hauptanteil der Verdickung des kernhaltigen Epithels dem Stratum granulosum zuzuschreiben, welches in der Mitte der Knötchen teilweise bis 6—7 Zellreihen unterscheiden läßt; die Zellen sind weniger flach, als es der Norm entspricht, vielmehr ähneln sie durch ihre kugelige Gestalt und ihre großen bläschenförmigen Kerne den tieferen Retezellen. Sie sind dicht mit teils feineren, teils gröberen Keratohyalinkörnern angefüllt. Das Rete zeigt nur an einzelnen Stellen eine sehr unbedeutende Verbreiterung; an den Zellen des Rete und des Stratum basale sind Veränderungen irgendwelcher Art nicht vorhanden; es besteht offenbar keine Vermehrung der Kernteilungsfiguren.

Im Epithel findet sich eine deutliche Pigmentzunahme. Das zelluläre Pigment findet sich nicht nur in den basalen Zellen in erheblicher Menge,

Digitized by Google

auch die darüber liegenden Retezellschichten weisen einen vermehrten Pigmentgehalt auf. Noch mehr aber fällt eine Vermehrung der Chromatophoren in der Pars papillaris corii und auch in den obersten Schichten des eigentlichen Koriums auf. Die Pigmentvermehrung beschränkt sich nicht auf die Gebiete unter der hyperkeratotischen Hornschicht, also auf die einzelnen Knötchen, sondern ist auch in den dazwischen liegenden Gebieten, manchmal noch stärker ausgesprochen, vorhanden. Im allgemeinen ist die Pigmentzunahme im ganzen Präparat festzustellen, allerdings in ganz unregelmäßiger Verteilung; es sind nur wenige Stellen vorhanden, wo man kaum von einer Hyperpigmentierung sprechen kann.

Im Bereiche der Knötchen, aber auch im dazwischen liegenden Gewebe, in letzterem in viel geringerem Grade, finden sich meist um die Gefäße angeordnet streckenweise vermehrte Fibroblasten, ganz vereinzelte Mastzellen und Lymphozyten. Diese teils mehr strangförmigen, teils mehr kugeligen Zellanhäufungen erinnern bei schwacher Vergrößerung an lockere Infiltrationsbildungen; erst stärkere Vergrößerungen entscheiden, daß es sich nicht um eigentliche Infiltrate handelt.

In den nach *van Gieson* gefärbten Schnitten finden sich im Bereiche der Hyperkeratosen in der Pars papillaris unregelmäßige, gelbgefärbte, blockartige Gebilde, die sich bei Methylviolettfärbung durch ihr leuchtendes Rot deutlich vom übrigen Gewebe abheben. Sie nehmen an einzelnen Stellen fast die ganze Papille ein, wobei meist ein feiner Saum die rotgefärbten Massen von dem blaugefärbten Epithel trennt; nur an einzelnen Stellen kommt es anscheinend zu einem direkten Kontakt der rotgefärbten Massen mit den Epithelzellen. An anderen Papillen wieder ist nicht die ganze Papille oder ihr größerer Teil der Sitz dieser eigenartig gefärbten und strukturierten Schollen oder Klumpen, vielmehr lassen sich zwischen ihnen mehr oder weniger große Gebiete nicht rot gefärbter Kutis unterscheiden, oder die Klumpeneinlagerung beschränkt sich mehr auf den oberen Teil der Kutispapille. Aber immer ist die Menge dieser rotgefärbten Masse so reichlich, daß sich die Papillen unter der Hyperkeratose durch die rotgefärbte Substanz deutlich aus ihrer Umgebung herausheben. Die Präparate lassen keinen Zweifel darüber, daß die Ablagerungen und die Hyperkeratose örtlich nebeneinander verlaufende Veränderungen darstellen. In den Papillen zwischen den einzelnen Knötchen finden sich rotgefärbte Schollen überhaupt nicht oder nur hier und da in Gestalt sehr spärlicher Anhäufungen. Die Anwesenheit der rotgefärbten Klumpen beschränkt sich im Bereiche der einzelnen Knötchen im wesentlichen auf den papillaren Anteil der Kutis, nur in geringem Grade finden sich auch hier und da wenige Klumpen in den obersten Schichten des eigentlichen Koriums. Die Blöcke geben sehr deutlich die Kongorotreaktion, während die Jodreaktion nur eben angedeutet ist. Ein Zusammenhang der eingelagerten Massen mit den Endothelien der Gefäße oder den vorhandenen Drüsenstrukturen ist nicht nachweisbar.

Die elastischen Fasern sind in den von der Blockablagerung freien Papillen zwischen den einzelnen Knötchen und in der eigentlichen Kutis im ganzen exzidierten Stück gut erhalten; sie fehlen nur in den Papillen, welche mehr oder weniger reichlich die blockartigen und schollenförmigen Gebilde enthalten.

Daß es sich um einen Fall von rein örtlicher Amyloidose der Haut bei einem bis auf seine Encephalitis lethargica, die

Digitized by Google

mit der Hauterkrankung in keinem Zusammenhang steht, sonst gesunden Patienten handelt, daß also das Krankheitsbild vorliegt, welches *Gutmann* als rein örtliche Amyloiderkrankung der Haut auffaßt, bedarf keiner längeren Begründung. Bei dem langen Bestande des Hautleidens hätte es bei einer allgemeinen Amyloidose schon längst zu Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens kommen müssen.

In dem vorliegenden Falle fand sich als charakteristische Effloreszenz lediglich das wiederholt erwähnte braunrote derbe Knötchen; auch an den Hautstellen, die durch das Dichtgedrängtsein dieser Knötchen an einen vergröberten Lichen chon. erinnerten, ließ sich immer noch diese Primäreffloreszenz deutlich erkennen. Warum es im vorliegenden Falle bei dem sonst gesunden Menschen zu diesen ausgedehnten Amyloidablagerungen gekommen ist, wissen wir nicht. Zweifellos stellen in diesem Falle wie in den wenigen andern Beobachtungen dieser Art die Amyloidablagerungen die wesentliche pathologische Veränderung der Haut dar. Die ausgesprochene Hyperkeratose, die alle diese Fälle in gleicher Weise zeigen, und der vermehrte Pigmentgehalt stehen wohl als sekundäre Folgen mit der Amyloidablagerung in irgendwelchem Zusammenhang; die wenig ausgedehnten runden Pigmentierungen an der Peripherie der erkrankten Gebiete scheinen Reste verschwundener Herde darzustellen.

Auffallend ist es, daß diese lokalen Amyloidablagerungen, beim vorliegenden Falle wie bei den früher beobachteten, zu so starkem Juckreiz Anlaß geben. Eine Vergesellschaftung mit einer sonstigen juckenden Dermatose lag nicht vor; auch die Gebiete, die oberflächlich an einen Lichen chron. erinnerten, hatten weder mit einem zirkumskripten Lichen chron. etwas zu tun, noch waren sie der Sitz einer diffusen Lichenifikation, sondern lediglich der Ausdruck eines besonders gedrängten Sitzes der einzelnen Knötchen. In die Augen springend ist die Symmetrie des Exanthems, welche ja einer von innen wirkenden Störung des Eiweißstoffwechsels gut entspricht.

Von Interesse scheint für den Dermatologen die Frage, ob derartige Hautkrankheiten schon rein klinisch mit mehr oder weniger großer Sicherheit diagnostiziert werden können oder ob dies nur mit Zuhilfenahme einer Biopsie geschehen kann. Bei den lediglich am Unterschenkel lokalisierten Fällen wird eine Diagnose ohne Exzision schon deshalb kaum möglich sein, weil hier die einzelnen Effloreszenzen außerordentlich den lokali-

Digitized by Google

sierten Lichen verrucosus-Formen ähneln. Denn nur an diese Formen erinnern die einzelnen Elemente, viel weniger an die Herde der meist die Extremitäten befallenden Prurigo nodularis, die meist größer sind und nie so dichtgedrängt auftreten. Aber bei einem so ausgedehnten Falle, wie ich ihn hier beschrieb, scheint es mir doch berechtigt, die Frage aufzuwerfen, ob man hier einen Lichen ruber in differentialdiagnostischer Beziehung heranzuziehen berechtigt ist. Ich muß gestehen, daß, als ich das Exanthem zum ersten Male sah, ich zunächst an eine Abart des Lichen ruber dachte. Wir kennen Lichen verrucosus-Fälle der Unterschenkel, die jahrelang bestehen und deren Herde denen des vorliegenden Exanthems außerordentlich ähneln; aber ein so ausgedehntes Exanthem, welches den größten Teil der Körperoberfläche befallen hat, als Ausdrucksform eines Lichen ruber verrucosus kennen wir nicht. Ich will dabei gar nicht auf die noch unentschiedene Frage eingehen, ob die Fälle von Lichen verrucosus der Unterschenkel sich stets aus einem verallgemeinerten Lichen ruber planus entwickeln oder ob sie häufiger als alleinige Lokalisation erscheinen. Wahrscheinlich ist nicht so selten das letztere der Fall. Also ein Lichen ruber verrucosus konnte es bei längerer Überlegung wohl nicht sein. Andere Hauterkrankungen mit gleicher Primäreffloreszenz, auch gutartige Tumoren der Haut mit gleicher Lokalisation, kennen wir nicht. Die Hauterkrankung war bei näherem Zusehen auf keinen Fall in das Gebiet des Lichen chron. einzureihen. Es lag also aller Grund vor, für den Fall vor der Biopsie eine Diagnose überhaupt nicht in Betracht zu ziehen. In Zukunft werden derartige Exantheme natürlich in erster Linie an die Möglichkeit einer örtlichen Amyloidose der Haut denken lassen.

Die den Abbildungen zugrunde liegenden Lichtbilder wurden mir von Herrn Prof. *Riecke* freundlichst zur Verfügung gestellt.

Digitized by Google

II.

(Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Medizinischen Institutes zu Kiew [Vorstand: Prof. Dr. *A. Tischnenko*].)

Zur Frage der Pyodermia chronica serpiginosa.

Von

Prof. Dr. A. TISCHNENKO und Dr. A. KROICZIK,

Assistent der Klinik.

In der Dermatologie, wie auch in der praktischen Medizin überhaupt, wiederholt sich immer wieder dieselbe Erscheinung: auf die Beschreibung einer bis dahin unbekannten Krankheit folgt stets die Veröffentlichung neuer Fälle dieser Erkrankung. Es hat den Anschein, als ob eine mehr oder minder größere Anhäufung solcher Erkrankungen statthat. Dies geschah, vielleicht in noch größerem Maße, auch bei der chronischen Pyodermie.

Verschiedene Manifestationen dieses Prozesses nicht akuten Charakters waren uns längst bekannt. Dies sind: die chronische Form des Erysipelas, Streptodermia chronica *Sabouraud*, Angulus infectiosus, Sykosis vulgaris, Dermatitis papillaris capillitii *(Kaposi)* s. Folliculitis cicatricans nuchae *(Ehrmann)*, Folliculitis et Perifolliculitis abscedens et suffodiens *(E. Hoffmann)*: hierher gehören anscheinend auch gewisse Fälle der Perifolliculitis suppurée et conglomérée en placards *Leloir's*, Pyodermitis vegetans *Hallopeau*, Acne conglobata *Lange*, gewisse Formen der Elephantiasis, die Fälle von *Antony*, *Bosselini* (Granuloma exoticum herpetiforme), *Pick*, *Huber* (Perifolliculitis suppurativa et framboesiformis), *Fischl*[2]), *Miescher* und *Oppenheim*[7]), *H. Hoffmann* u. a. (Dermatitis exfoliativa neonatorum, Pemphigus neonatorum, Folliculitis decalvans *Laillet* usw.).

Nichtsdestoweniger wurden diejenigen Formen der Pyodermie, welche, dem Vorschlag von *E. Hoffmann* folgend, als „Pyodermia chronica papillaris et exulcerans" bezeichnet wurden, zuerst im Jahre 1926 von seinen Schülern *Zurhelle* und *Klein*[8]) beschrieben.

Die Frage, ob solche Erkrankungen schon früher beobachtet wurden, ist wohl mit ja zu beantworten. Ohne Zweifel waren

Digitized by Google

sie schon längst gesehen, aber anders gedeutet worden. Tatsächlich können solche Erkrankungen morphologisch zunächst an Lues III gummosa oder tuberculosa sehr erinnern, weiter an Tuberkulose, an tiefe Formen der Trichophytie, an Blastomycosis, Sporotrichosis, Aktinomykosis, Leishmaniosis, Diphtherie der Haut, an die Bromo- und Jododerma.

Wenn man in Betracht zieht, daß die genannte Erkrankung zuweilen sehr leicht unter indifferenter Therapie, welche sich hauptsächlich auf Reinhaltung und Asepsis beschränkt, zur Heilung kommt und den Umstand beachtet, daß die irrtümlicherweise angewendete antiluetische Kur manchmal keinen Schaden stiftet, so wird es klar, daß nicht wenige derartige Fälle, besonders in der vorwassermannschen Ära, für Lues wohl gehalten werden konnten. Andererseits sind auch andere Irrtümer möglich; z. B. bloß die leider nicht immer eingehaltene Vorsichtigkeit ermöglichte es, daß *N. Tschernogubow*[6]) bei der Besprechung seines Falles sich nicht zur Annahme einer mykotischen Erkrankung verführen ließ.

Wie dem auch sein mag, die scheinbare Anhäufung der Fälle von chronischer, serpiginöser Pyodermie in der letzten Zeit ist, wie wir glauben, durch die Fixierung unserer Aufmerksamkeit auf dies Krankheitsbild zu erklären.

In der Tat erschien bald nach *Zurhelle* und *Klein*, welche 8 Fälle der erwähnten Erkrankung anführten, die Beschreibung von 12 Fällen seitens *Kumer*[5]). Es folgen die Fälle von *Hagen*[3]) und *Dammann*[1]). Mit der Zahl der beobachteten Fälle wird die Erkrankung genauer studiert; es werden verschiedene Symptome angegeben, das pathologisch-anatomische Bild angeführt; allmählich werden die ätiologischen Momente und die Pathogenese in groben Umrissen angedeutet, die Bedeutung der Immunisierung und der Allergie, des Virulenzgrades der Mikroorganismen usw. in Betracht gezogen.

Natürlich kann, da unsere Bekanntschaft mit dieser Erkrankung kaum 1—2 Jahre beträgt, von zusammenfassenden Ergebnissen noch keine Rede sein; dies ist Zukunftssache. Vorläufig befinden wir uns im Stadium der Forschung, im Stadium der Feststellung ihrer allgemeinen Merkmale.

Die Frage ist höchst interessant vom allgemein pathologischen wie auch vom praktischen (Differentialdiagnose und Therapie) Standpunkt aus, zu deren Erläuterung möglichst viele Beobachtungen und Untersuchungen nötig sind. Und dies um so mehr, als die Gegenbeziehungen der am Anfang aufgezählten

Digitized by Google

verschiedenen Formen der verwandten Krankheitsbilder uns heutzutage noch weitaus nicht klar sind. Wenn die hier besprochene Erkrankung Ähnlichkeit mit einer ganzen Reihe chronischer Eiterungen aufweist, so bestehen anderseits auch wesentliche Unterschiede. Nehmen wir z. B. die ihr anscheinend am nächsten stehende Folliculitis et Perifolliculitis abscedens et suffodiens, wie auch die Folliculitis cicatricans nuchae. Während die chronische serpiginöse Pyodermie die Kopfhaut nicht befällt, entwickelt sich die erstgenannte Erkrankung ausschließlich am Kopf (Eigenschaften der behaarten Kopfhaut?). Die zweite Erkrankung zeichnet sich durch die Tendenz, das Bindegewebe keloidartig zu verändern, aus.

Alle diese Formen müssen unter dem Gesichtswinkel unserer neuen Lehren erforscht und nachgeprüft werden: für jede dieser Formen müssen die morphologischen Angaben und andere Merkmale genau beschrieben werden, und jede Erkrankung dieser Gruppe muß den ihr zugehörigen Platz erhalten.

Als einen Beitrag zur Erforschung der serpiginösen Form der Pyodermia chronica bringen wir eine kurze Beschreibung von drei von uns beobachteten Fällen.

*Fall 1**). Frau F. 58 Jahre alt, Jüdin aus Jitomir. Haushälterin. Aufnahme in die Klinik 1. 8. 1926 wegen einer Hautaffektion im Gebiete des Halses und der Brust. Als krank betrachtet sie sich seit 6 Jahren. Ihrer Angabe nach begann die Krankheit mit dem Auftreten, nach überstandenem Typhus, von „Abszessen" in der Achselhöhle. Die „Abszesse" wurden eröffnet, die an der Schnittstelle entstandenen Geschwüre wollten nicht recht heilen; bei Heilung an einem Ende breiteten sie sich am anderen weiter fort. Die Kranke befand sich die ganze Zeit in Behandlung. Vor einem Jahre wurde sie zweimal mit Röntgenstrahlen belichtet; unmittelbar vor dem Eintritt in die Klinik hat sie zehn Flaschen der Biettschen Arznei genommen. Alles ohne Erfolg. Als überstandene Erkrankungen nennt sie irgendeine typhöse Erkrankung (1920). An Kinderkrankheiten erinnert sie sich nicht. Menses mit 16 Jahren, normal. Klimax mit 45 Jahren. Nicht erblich belastet.

Status praesens: Eine Frau von kleinem Wuchs, regelmäßigen Bau, unterernährt. Die Haut mit Ausnahme der befallenen Stellen nicht verändert. Schleimhäute blaß. Die der Palpation zugänglichen Drüsen nicht verändert. Sehnenreflexe o. B.; Konjunktival- und Würgereflexe fehlen. Deutlich ausgesprochener roter Dermographismus. Körpergewicht: 48,8 kg. Innere Organe o. B.

Die Hautaffektionen bilden zwei Herde von chronisch entzündlichem Charakter (Abb. 1). Der erste befindet sich im Gebiete des linken Schulterblattes, ist von Handtellergröße, charakteristischer livider Verfärbung; er

*) Die Kranke wurde in der Sitzung der Sektion für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Medizinischen Vereins zu Kiew am 14. 11. 1926 demonstriert.

Digitized by Google

liegt parallel der Wirbelsäule in 3—4 cm Entfernung davon, ist bogenförmig begrenzt, etwas erhaben über das Niveau der Haut und bedeckt von Geschwüren von Hirsekorn- bis Markstückgröße. Stellenweise sitzen Krusten, nach deren Entfernung sieht man oberflächliche Geschwüre, stellenweise bestehen zahlreiche Fistelgänge, welche das befallene Gebiet wie ein Sieb durchbohren; diese Gänge sind kaum zu sehen, aber dank dem Herausquellen von Eiter beim Druck leicht zu finden. Die Geschwürsränder sind ungleich, infiltriert, etwas erhaben über das Niveau der Haut, unterminiert: die Sonde dringt leicht 1—2 cm unter den Rand ein. Der Geschwürsboden liegt oberflächlich, ist vom eitrigen Detritus bedeckt. Ein zweiter ebensolcher Herd im Gebiet des linken Schlüsselbeins ist keilförmig, liegt diesem in seiner ganzen Länge parallel. Zwischen diesen beiden Herden verläuft oberflächlich ein

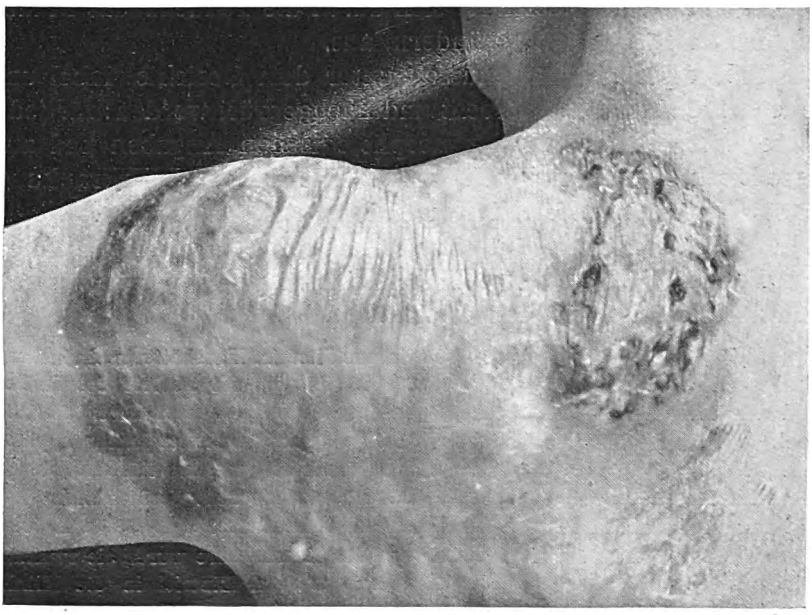


Abb. 1.

dünner, glänzender, beweglicher, violett verfärbter Streifen von narbigem Bindegewebe, welcher auf das Gebiet der linken Mamma und die seitliche Partie der Brust übergreift, wie auch auf die Vorder- und Innenfläche der linken Schulter und weiter auf das Schulterblattgebiet derselben Seite, nach links und nach unten vom hier befindlichen ersten Herd.

Wassermann und *Pirquet* negativ; subkutane und peritoneale Impfungen von Stückchen des kranken Gewebes an acht Meerschweinchen riefen bei diesen keine tuberkulosen Erscheinungen hervor. Eitereinsaaten auf Serumagar aus geschlossenen Herdchen und von Gewebestückchen ergaben Staphylococcus-pyogenes-albus- und aureus-Kulturen (vorwiegend aureus); bei Einsaat desselben Materials auf das *Sabouraud*sche Medium kein Wachstum; Bluteinsaat (Bouillon) steril. *Vidal*sche Reaktion mit Staphylococcus aureus positiv (1:25). Die Komplementbindungsreaktion nach *Bordel-Gengou* mit Staphylokokkenantigen negativ. Blutbild: rote Blutkörperchen 4430000; weiße

Digitized by Google

Blutkörperchen 9900, darunter: polynukleäre 49,0%; basophile 5,0%; Lymphozyten 41,0%; eosinophile 3,0%; Übergangsformen 2,0%. Farbenindex 0,93; Hb = 85%. Urin: Sp.G. 1026; 24stündige Menge 1200 ccm; R. sauer. Zuckergehalt 6‰. Im übrigen o. B.

Biopsie. Mikroskopische Untersuchung (Abb. 2). Stellenweise Fehlen, stellenweise dagegen Hyperkeratosis des Stratum corneum. Vermehrung der Schichten des Str. granulosum. Str. Malpighi ödematös durchtränkt, eine gewisse Akanthosis. Hier und da zwischen den Epidermiszellen kleinzellige Infiltration. Die Papillen der Haut etwas vergrößert, leicht infiltriert. Das Infiltrat wird mächtig im Str. reticulare. Es besteht vorwiegend aus lymphoiden, plasmatischen, epitheloiden und einer großen Anzahl von Riesenzellen (vom Typus *Langhaus*). Im Gebiete des Infiltrates sind die elastischen

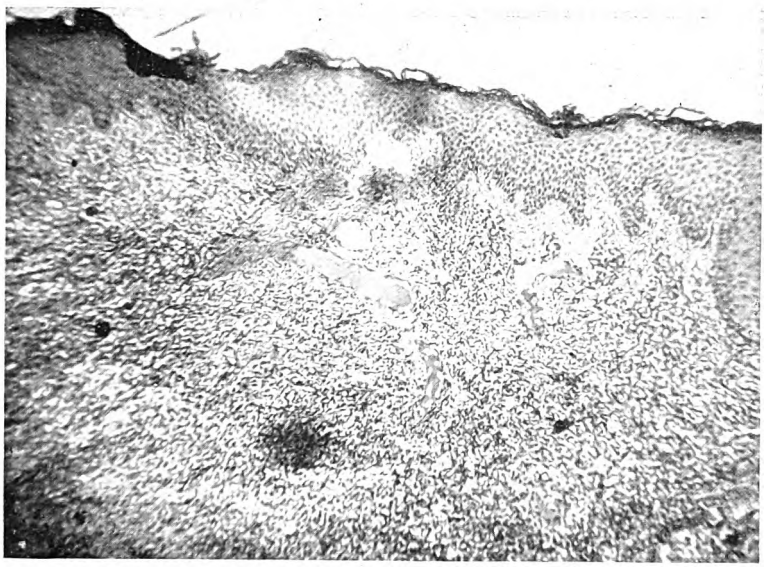


Abb. 2. Zeiß, Oc. 4, Obj. 7.

Fasern zerstört. Im Infiltrat keine Drüsen und keine Follikel. Die Lymph- und Blutgefäße sind erweitert.

Behandlung. 1. 8. bis 1. 9. Hautabwaschungen mit Sublimatspiritus (1‰), Jodoform als Puder oder Unguentum. 1. 9. bis 15. 10.: Injektionen von 1% As; lokale Behandlung Fön, Umschläge aus Sublimatspiritus (1‰). 16. 10. bis 19. 10. 9 Autovakzineinjektionen (300 Millionen in 1 ccm). 19. 11. 1926. Auf allen vorher befallenen Stellen ein glattes glänzendes, lividzellen (vom Typus *Langhanns*). Im Gebiete des Infiltrates sind die elastischen genommen; kein Zucker im Urin. Fühlt sich bedeutend kräftiger. Entlassung. Am 28. 8. 1927. Die Kranke bleibt gesund, rezidivfrei.

*Fall 2**). Kranker D. Slawe. 40 Jahre alt. Landwirt. Am 26. 1. 1927 Aufnahme in die Klinik wegen Hauterkrankung am linken Unterschenkel. Betrachtet sich als krank seit 2 Jahren. Die Erkrankung äußerte sich zu-

*) Wurde am 6. 3. 1927 in der Kiewschen Dermatologischen Gesellschaft demonstriert.

Digitized by Google

nächst durch Auftreten eines kleinen Geschwürs an einer gekratzten Stelle; das Geschwür vergrößerte sich allmählich und wurde zum Schluß zwei Handteller groß. Er ließ sich mit Volksmitteln behandeln. Bis dahin immer gesund, von Kinderkrankheiten weiß er nichts, erinnert sich bloß an eine Verbrennung beider Unterschenkel. Ist verheiratet, hat sechs Kinder. Früher Alkoholabusus. Mäßiges Rauchen.

Status praesens. Gut gebauter, hochgewachsener Mann, etwas unterernährt. Die Haut bietet keine Abweichungen dar, mit Ausnahme des linken Unterschenkels und der linken Fußsohle. An den genannten Stellen eine ausgedehnte atrophische Narbe und Kontraktur des vierten und fünften Fingers (Folgen der Verbrennung). Schleimhäute blaß-rosa. Im unteren Drittel des linken Unterschenkels (Abb. 4) ein chronisch entzündlicher Herd von zwei

Abb. 3.

Handteller Größe, von bläulich-roter Farbe mit ziemlich tiefen Geschwüren von violetter Farbe, deren unregelmäßige, infiltrierte, weit unterminierte Ränder sich wallartig über das Niveau der umgebenden Haut erheben. An jeder Stelle des befallenen Gebietes quillt beim Druck, sowohl unter den Rändern, wie aus dem befallenen Gewebe selbst aus unsichtbaren Öffnungen der Fistelgänge eine dicke eitrige Masse hervor. Der Geschwürsgrund ist zum Teil von Eiter, zum Teil von gelblich-braunen Krusten bedeckt. Das erkrankte Hautgebiet verbreitet einen unangenehmen Geruch. Innere Organe, Nerven und Urogenitalsystem o. B. Lymphdrüsen nicht palpabel. Körpergewicht 65,6 kg. *Pirquet*sche Reaktion schwach positiv, *Wassermann* negativ. In Eiterausstrichen aus geschlossenen Herden Gram.+ Kokken. Subkutane und intraperitoneale Impfungen von exzidierten Gewebestückchen an vier Meerschweinchen gaben keine tuberkulose Erkrankung. Bei Eiteraussaaten aus geschlossenen Herden und vom Gewebe auf Serumagar-Staphylococcus

Digitized by Google

pyogenes aureus. Dasselbe Material auf *Sabouraud*medium ergab kein Wachstum. Bluteinsaat in Bouillon steril. *Vidal*sche Agglutinationsreaktion mit Staphylococcus pyogenes aureus und Komplementbindungsreaktion nach *Bordet-Gengou* mit demselben Erreger als Antigen negativ. Blutbild: rote Blutkörperchen 5 700000; weiße Blutkörperchen 8400; davon polynukleäre 65%, basophile 3,0%, Lymphozyten 28,0%, eosinophile 2,0%; Übergangsformen 2,0%, Hb. 85%, Urin o. B.

Biopsie. Mikroskopische Untersuchung (Abb. 5). Stratum corneum fehlt stellenweise, stellenweise Hyper- resp. Parakeratosis. Str. granulosum schwach ausgebildet, etwas ödematös. Im Str. Malpighi ausgesprochene Spongiosis und Akanthosis; die Schichtenzahl vermehrt; zwischen den Zellen dieser Schicht

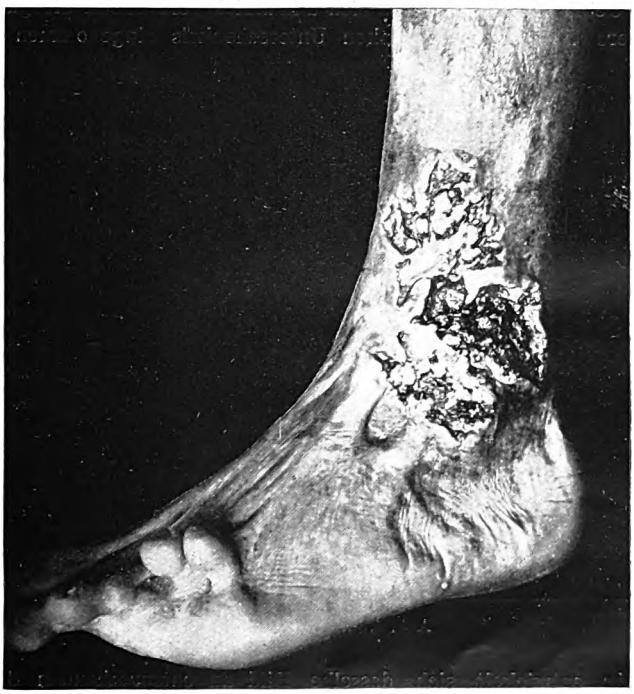


Abb. 4.

stellenweise lymphoide Elemente. Stratum papillare stark ödematös, die Papillen verlängert, stellenweise verdickt; die Kapillaren mit Blut gefüllt; um diese eine kleinzellige Infiltration, hauptsächlich aus Lymphoiden und Plasmazellen. In tiefen Kutisschichten zwischen den erwähnten Zellen gibt es auch eosinophile und epitheloide Zellen. Lymph- und Blutgefäße erweitert, deren Anzahl vergrößert. In den Gefäßen Schwellung der Wandendothelien, im Gebiete der ausgebildeten Infiltrate ist das elastische Gewebe zerstört; in den Infiltraten keine Drüsen und keine Haarfollikel.

Behandlung 27. 1. bis 15. 2. 1927: lokale Bäder, Jodoform, Arseninjektionen (1%). 15. 2. bis 25. 2.: Fön, Umschläge aus 1‰ Sublimatspiritus. Sichtbare Epithelisierung. 25. 2.: Der ganze befallene Herd ist durch eine breite epithelisierte Brücke in zwei Teile getrennt. Im oberen zwischen linsen-

Digitized by Google

großen Geschwüren multiple Epithelinseln; im unteren ebenfalls herdweise Epithelisierung, aber mit Tendenz zum weiteren serpiginösen Fortschreiten im Gebiet des äußeren Fußknöchels. Allgemeiner Zustand befriedigend. Gewichtszunahme von 2 kg. Aus Familiengründen verlangte der Kranke plötzlich entlassen zu werden.

Fall 3. Frau T. Slawin. Am 23. 3. 1927 wird sie wegen Erkrankung an einem Unterschenkel in die Klinik eingeliefert im Kachexiezustand, welchen sie selbst und ihr Mann als hoffnungslos lebensbedrohlich betrachten. Betrachtet sich als krank seit 3 Jahren. Nach den Angaben der Kranken begann die Krankheit mit der Bildung eines kleinen Abszesses am linken Dorsum pedis, verursacht durch Reibung des Schuhes; an der Stelle des Abszesses blieb ein Geschwürchen, welches sich allmählich verbreitend die ganze innere und hintere Oberfläche des linken Unterschenkels eingenommen hat. Fast

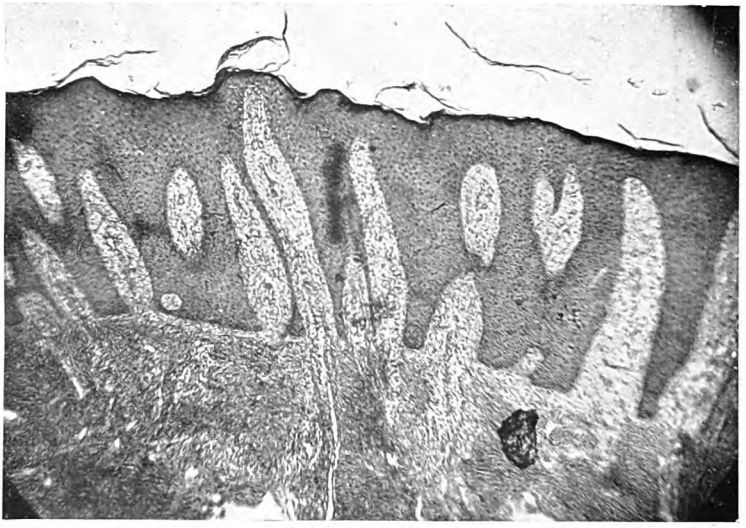


Abb. 5. Zeiß, Oc. 4, Obj. 7.

gleichzeitig entwickelt sich dasselbe Bild an entsprechenden Stellen des rechten Fußes und in der linken Leistengegend. Behandlung: Sodaumschläge. Im Laufe eines Monats heilte der rechte Fuß und die linke Leistengegend. Am linken Unterschenkel schreitet der Prozeß weiter fort. Von überstandenen Krankheiten berichtet sie vom Fleck- und Rückfallfieber, ebenso über Blutdiarrhöe. An Kinderkrankheiten erinnert sie sich nicht. Menses mit 17 Jahren von regelrechtem Verlauf. Verheiratet, hat drei Kinder.

Status praesens. Eine mittelgroße Frau von normalem Bau, in sehr schlechtem Ernährungszustand. Die Haut ist blaßgelblich, trocken, welk; das Unterhautfettgewebe ist schlecht entwickelt. Das Muskel- und Knochensystem normal. Es ist eine Beugung als Schonungsstellung des linken Kniegelenks zu bemerken. Innere Organe, Lungen und Bauchorgane o. B. Seitens des Herzens etwas leise Töne. Lymphdrüsen nicht palpabel. Die Kniereflexe erhöht lebhaft, ein langsamer roter Dermographismus. Körpergewicht 44,8 kg.

Digitized by Google

Die Hauterkrankung (Abb. 6) nimmt die innere — dorsale Oberfläche des unteren Drittels am linken Unterschenkel ein und stellt einen chronisch entzündeten Herd dar, von bläulich-roter Farbe mit stellenweise ausgesprochenem violetten Ton. Die Oberfläche ist von Geschwüren von Mark- bis Dreimarkstückgröße bedeckt und durch zahlreiche Fistelgänge mit kaum sichtbaren Ausgangsöffnungen durchbohrt. Die Ränder des Geschwürs sind infiltriert, erheben sich etwas über das Niveau der umgebenden Haut, sind stark unterminiert und zeichnen sich durch eine intensiv blau-violette Farbe aus. Der Grund der Geschwüre ist nicht tief, teilweise von Eiter, teilweise von Krusten bedeckt. Auf der erkrankten Hautoberfläche bestehen hier und

Abb. 6.

da schwammig ödematöse Gebiete über Markstückgröße, bedeckt von papillären Wucherungen. Dazwischen fistulöse Gänge, aus welchen sich Eiter ausdrücken läßt. Der erkrankte Herd ist schmerzhaft und hat einen unangenehmen Geruch. *Pirquet* und *Wassermann* negativ. In Eiterausstrichen aus geschlossenen Herden Staphylococcus pyogenes aureus und einzelne Streptokokkenkolonien. Die Einimpfung an zwei Meerschweinchen von Stückchen des befallenen Gewebes rief keine tuberkulöse Erkrankung hervor. Die Eiteraussaaten aus geschlossenen Herden auf Serumagar ergaben eine Staphyloccocus-pyogenes-aureus-Kultur. Bei Einsaaten desselben Materials auf *Sabouraud*schem Medium kein Pilzwachstum. Die Einsaat von 2 ccm Blut in Bouillon blieb steril. Die *Vidal*sche Reaktion mit Staphylococcus pyogenes

Digitized by Google

aureus und die Komplementbindungsreaktion *(Bordel-Gengou)* fielen negativ aus. Blutbild: rote Blutkörperchen 5400000, weiße Blutkörperchen 8100; davon polynukleäre 79,0%, basophile 3,0%, Lymphozyten 14,0%, eosinophile 1%, Übergangsformen 3%, Hb 85%, Urin o. B.

Mikroskopisches Bild bei der Biopsie des befallenen Gewebes; Str. corneum und zum Teil auch Str. granulosum und Str. Malpighi sind verdickt. Im letzten Akanthosiserscheinungen, zwischen den Zellen eine gewisse ödematöse Durchtränkung. Im Str. papillare stellenweise nicht scharf ausgesprochene Nekrosiserscheinungen; Kapillaren erweitert; es sind kleine Blutergüsse und Pigmentanhäufungen zu sehen; stellenweise Verlängerung der Papillen. Eine bedeutende Infiltration mit bindegewebigen, lymphoiden und plasmatischen Zellen. Im Str. reticulare Höhlen von rundlicher oder ovaler Form mit epithelial ausgekleideten Wänden. In deren Umgebung sehr ausgesprochene kleinzellige Infiltration von oben beschriebenem Typus und stellenweise Blutergüsse. Im Gebiet der Infiltration fehlen elastische Gewebe, Drüsen und Haarfollikel. Blut- und besonders Lymphgefäße erweitert.

Behandlung: 23. 2. bis 14. 5. 1927. Bäder, Fön, Umschläge aus Sublimatspiritus (1‰), Arseninjektionen (1%). 15. 5. Stellenweise weiteres serpiginöses Fortschreiten des Prozesses; parallel den serpiginösen Rändern Inzision bis zum Unterhautzellgewebe; Abreiben mit einer mit Spiritus verdünnten Tin. Jodi (1:6). 15. 5. bis 23. 5. Fortschreitende Heilung, wegen des an einer Stelle bestehenden serpiginösen Fortschreitens des Prozesses neue erfolgreiche Inzision. 25. 5. Die ganze Oberfläche des befallenen Gebietes ist vom Epithel bedeckt und stellt eine glatte Narbenoberfläche dar. Die Kranke fühlt sich gut, kann selbständig gehen, hat 4,8 kg Körpergewicht zugenommen, wird aus der Klinik entlassen*).

Wenn wir nun unsere Fälle genauer betrachten, so sehen wir, daß in allen 3 Fällen es sich um Personen in schlechtem Ernährungszustand handelt. Dies war besonders bei den Frauen F. und T. ausgesprochen. Bei der Kranken F. war dies teilweise durch die Glykosurie bedingt. Bei der so lange Zeit bettlägerigen Kranken T. mit temporärer Kontraktur des linken Knies, welche alle Angehörigen als zu Tode verurteilt betrachteten, ist es ja natürlich, daß die Erschöpfung mehr oder minder ausgesprochen ist.

Zwei unter drei unserer Kranken waren Frauen. Es ist interessant zu vermerken, daß *Zurhelle* und *Klein* wie auch *Kumer* über ein Überwiegen von Männern berichten. Möglich, daß dies an der vorläufig ungenügenden Beobachtungszahl als

*) Außer diesen Fällen hatte der eine von uns *(A. T.)* Gelegenheit gehabt, noch zwei weitere Fälle zu beobachten. Eine im Haushalt beschäftigte Jüdin, 35 Jahre alt, im Zustand sehr herabgesetzter Ernährung mit handtellergroßem Geschwür im Hypogastrium, und ein Landwirt, 26 Jahre alt, Slawe mit geschwüriger Erkrankung an der rechten Schulter.

Über den ersten klinisch behandelten Fall blieb uns keine Krankengeschichte erhalten; der zweite Fall war ambulatorisch behandelt und konnte nicht allseitig untersucht werden.

Digitized by Google

an tatsächlicher Bevorzugung des einen Geschlechtes liegt. In diagnostischer Beziehung stellen unsere Fälle, falls man die besprochene Erkrankung nicht außer acht läßt, keine besondere Schwierigkeit dar. Das Fehlen der typischen Tuberkel als Vorstadium der Geschwürbildung, deutliche Unterminierung der Ränder ohne Festonenbildung, deren typische bläulich-rote Farbe, die Heilung unter Entstehung einer glatten, livid verfärbten Narbe, das Fehlen der *Wassermann*- und *Pirquet*-Reaktionen (mit Ausnahme des Falles D., wo *Pirquet* schwach positiv ausfiel), der Nachweis in Gewebeeinsaaten von Staphyloc. pyog. aureus ließen keinen Zweifel betreffs der Diagnose schon bei klinischer Beobachtung auftreten. Die pathologisch-histologische Untersuchung und der gute Erfolg der einfachen Therapie bestätigen sie.

In allen drei Fällen bestand ein Bild der chronischen Entzündung mit Infiltratbildung, wo außer den lymphoiden noch eine große Menge Plasmazellen, zuweilen epitheloiden und in einem Falle von Riesenzellen vorhanden war. Kurz gesagt, es war ein typisches Bild eines Granuloms vorhanden. Wir sehen aber nicht, auch nicht im ersten Falle, eine an tuberkulöse Herde erinnernde Verteilung der Zellenelemente im Infiltrat. Wie es den Granulomen eigen ist, führt das Auftreten des Infiltrates zur Zerstörung der elastischen Fasern, der Drüsen und Follikel. Bemerkenswert ist die Wirkung der Staphylokokken, welche es erlaubt, ihn neben solche pathogener Mikroben zu stellen, wie den Tuberkulosebazillus, den B. leprae, die Syphilisspirochäten usw.

Die Epithelveränderungen wiederholen im wesentlichen das Bild, welches überhaupt für die Entzündung in diesen Schichten charakteristisch ist. Teilweise Hyper- und Parakeratosis, Spongiosis und Akanthosis. Diese letzte war besonders im Fall 2 stark ausgesprochen. In einem Falle (3) waren im Zentrum der akanthotischen Hervorragungen Degenerationserscheinungen des Epithels sichtbar. Außerdem ist die starke ödematöse Durchtränkung der Papillen im Fall 2 zu beachten.

Wie gelangen die Staphylokokken in das Gewebe und wie entwickelte sich der Prozeß? Die Möglichkeit des Eindringens der Erreger in die Haut war im Fall I anscheinend durch die Abszesse, welche vor der Hauterkrankung bestanden, geschaffen; in beiden anderen Fällen — die unvermeidlichen äußeren Traumen des täglichen Lebens sind. Natürlich sind solche Ursachen täglich anzutreffen. Nichtsdestoweniger ist die

Digitized by Google

besprochene Erkrankung nicht sehr oft anzutreffen. Zweifellos genügt die Tatsache des Eindringens der Staphylokokken in das Bindegewebe allein noch nicht, um das beschriebene Krankheitsbild hervorzurufen. Anscheinend sind noch irgendwelche Faktoren erforderlich. Der eine ist zweifellos die Abschwächung des Organismus. Wie es auch in der Literatur vermerkt ist und was auch bei unseren Kranken der Fall war, war der Ernährungszustand stark herabgesetzt. Unter diesen Bedingungen konnte die Reaktion der Haut eine ganz veränderte sein. Die pathologisch-anatomische Untersuchung allein kann uns keine endgültige Erklärung dieser Frage geben. Wir haben hier mit einer biologischen Erscheinung zu tun, und unter diesem Gesichtspunkte sollen wir sie auch auffassen. *Dammann* und *Kumer* haben in ihren Fällen die allergische Reaktion der Haut gegenüber den bei den betreffenden Kranken aufgefundenen Erregern der chronischen Entzündung studiert und konnten zu keinen positiven Ergebnissen kommen. Dies widerspricht aber nicht der Annahme über das Bestehen einer Hautallergie, welche von den genannten Autoren nicht nachgewiesen werden konnte. Daß diesen unbekannten Hauteigenschaften in dieser Beziehung eine Hauptrolle zukommen kann, ist eine allgemein bekannte Tatsache. Man braucht sich nur zu erinnern an die Entwicklung des Trichophyton tonsurans auf der Kopfhaut ausschließlich bei Kindern, dabei nur bei abgeschwächten und erschöpften; des weiteren an die Furunkulosis, welche vorwiegend Individuen mit „pastöser" Haut befällt und dergleichen mehr. Im Falle I ist es denkbar, daß die Glykosurie eine nicht geringe Rolle in der Entstehung der chronischen Pyodermie gespielt hat; die Tatsache, daß bei der Glykosurie Eiterungserreger in der Haut gut gedeihen, zwar in der Mehrzahl der Fälle in der Form akuter, wenn auch rezidivierender Prozesse, ist uns ja wohl bekannt*).

Natürlich ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß dem Reagieren der Haut in Form einer chronischen und nicht einer akuten Entzündung eine gewisse Bedeutung der Virulenzveränderung der Erreger zukommt. Zum mindesten hat *Dammann* in seinem Fall eine Herabsetzung der Virulenz der Sta-

*) Im Frühjahre 1927 befand sich in der Klinik zur Behandlung ein an Glykosurie leidender 23jähriger Mann mit außerordentlich üppiger Hauttrichophytie, sowohl der Kopfhaut, wie der unbehaarten Teile.

Digitized by Google

phylococcus aureus- und Streptococcus viridans-Stämme, welche die Pyodermie hervorgerufen haben, feststellen können.

Indem wir zum morphologischen Bild und den pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche es gestalten, zurückkehren, müssen wir die Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes, welches bei dieser Erkrankung beobachtet wird, vermerken. Die Lokalisation ist eine sehr verschiedene; vielleicht bilden die Extremitäten die Prädeliktionsstelle.

Die Geschwüre sind verschiedener Größe, bald mit starker, bald mit schwächerer Tendenz zum Serpiginieren; nicht selten wird eine Tendenz zu papillären Wucherungen beobachtet — darum eine Absonderung der vegetierenden Formen *(Zurhelle* und *Klein, Kumer)*. Der Prozeß ist bald ein mehr oberflächlicher *(P. serpiginosa chronica superficialis)*, bald dringt er in die Tiefe ein: die Mehrzahl der beschriebenen Fälle, unsere inbegriffen. In diesem letzten Fall steht der Prozeß bald in Beziehung zu den Follikeln *(Kumer)*, bald ist dies nicht der Fall, und der Prozeß lokalisiert sich zunächst im Epithel *(Dammann)*. In allen unseren 3 Fällen war eine deutliche Beziehung zum follikulären Apparat nicht nachweisbar, wie klinisch so auch pathologisch-anatomisch; es bestanden bei unseren Kranken auch keine papillären Wucherungen. Bloß in einem Falle (M.) könnte man von Andeutungen auf etwas Derartiges sprechen.

Darum, indem wir die papillären Wucherungen nicht als ständiges Symptom betrachten, möchten wir folgende Formen unterscheiden:

1. *Pyodermia chronica serpiginosa erosiva*,
2. *Pyodermia chronica serpiginosa ulcerosa*.

Der Kürze halber kann man sie *Pyodermia erosiva* resp. *ulcerosa* nennen.

Diese letzte kann ihrerseits in zwei Unterarten eingeteilt werden:

a) Der Prozeß beginnt an den Follikeln oder im perifollikulären Gewebe.

b) Es besteht kein Zusammenhang mit den Follikeln. Der Eiterungserreger dringt in die Haut anscheinend durch Läsionen der Haut.

Sowohl bei oberflächlicher wie bei tiefer Pyodermie können papilläre Wucherungen beobachtet werden.

Unsere Fälle müssen also als *Pyodermia ulcerosa* oder genauer als *Pyodermia chronica serpiginosa ulcerosa* bezeichnet werden.

Digitized by Google

Zusammenfassung.

1. Die chronischen Formen der serpiginösen Pyodermie sind anscheinend nicht gar so selten und werden, da sie uns wenig bekannt sind, wohl oft übersehen.

2. Indem sie eine klinische Ähnlichkeit mit allerverschiedensten Hauterkrankungen, welche zur Läsion der Haut führen, darstellen, verlaufen sie entweder als erosive oder als ulzeröse Form. Die letzte steht entweder im Zusammenhang mit dem Drüsenapparat oder entwickelt sich auch ganz unabhängig von ihm.

Abb. 7.

3. Die anatomischen Veränderungen tragen den Charakter einer chronischen granulierenden Entzündung.

4. Die Ursachen, warum die Haut auf das Eindringen von Entzündungserregern nicht mit akuter, sondern mit chronischer Entzündung reagiert, sind wohl Erschöpfung des Organismus, die veränderte Reaktivität der Haut und möglicherweise die Virulenzveränderung der Mikroorganismen.

5. Morphologisch sind 2 Formen der serpiginosen chronischen Pyodermia zu unterscheiden: eine erosive und eine ulzeröse.

6. Eine weitere Erforschung dieser Erkrankung und eine genaue Feststellung ihrer Beziehungen zu anderen Formen der

Digitized by Google

chronischen Pyodermie — wie Sykosis vulgaris, Dermatitis papillaris capillitii usw. erscheint notwendig.

Anmerkung bei der Korrektur.

Seit 2. 9. 1927 steht zunächst in ambulatorischer Behandlung, dann in klinischer (Aufnahme am 20. 9.) eine 45 Jahre alte Jüdin (Abb. 7) mit *Pyodermia chronica serpiginosa ulcerosa* im Gebiet der linken behaarten Kopfhälfte. Das befallene Gebiet ist handtellergroß, hat eine glatte Narbenoberfläche im Zentrum und geschwürige, unterminierte Ränder an der Peripherie, ist von regelmäßiger, runder Form. Im Eiter aus geschlossenen Herden ist *Staph. pyogenes aureus* nachgewiesen. Die Agglutinationsreaktion mit dem genannten Erreger = + (1:2800). Pirquet = —. Wa.R. = —. Das mikroskopische Bild ist dem in beiden letzten Fällen beschriebenen ähnlich. Der der Therapie trotzende und 5 Jahre lang unaufhörlich serpiginierende Prozeß hielt in kurzer Zeit still unter dem Einfluß von Sublimatspiritusumschlägen und wies eine deutliche Tendenz zur Ausheilung auf.

Literaturverzeichnis.

[1]) *Damman, F.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1927. *153.* 278. — [2]) *Fischl, F.*, ibid. 1922. *139.* 154. — [3]) *Hagen,* Derm. Wschr. 1926. *83.* 1848. — [4]) *Hoffmann, H.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1926. *150.* 154. — [5]) *Kumez, L.*, Derm. Ztschr. 1926. *48.* 1. — [6]) *Tschernoguboff, N.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1925. *149.* 76. — [7]) *Zurhelle, E.* u. *Klein, J.*, ibid. 1926. *151.* 389. — [8]) *Dieselben,* Derm. Ztschr. 1926. *46.* 63.

III.

(Aus der dermatologischen Abteilung des Wilhelminenspitales in Wien [Vorstand: Prof. Dr. *M. Oppenheim*].)

Bromexanthem vom Typus eines Pemphigus vegetans et serpiginosus.

Von

Dr. ALFRED FESSLER.

Im nachstehenden ist über einen Fall[1]) von schwerer Schädigung der Haut durch Brom berichtet, der nicht nur wegen der Klinik, sondern insbesonders wegen der Therapie beachtenswert erscheint.

Auszug aus der Krankengeschichte: N. B., 39 Jahre, Schneiderin. Frühjahr 1926 Gelenksentzündung. Seither häufig Schmerzen in den unteren Extremitäten, Herzbeschwerden vorwiegend nervöser Art und Schlaflosigkeit.

[1]) Vorgestellt von *Oppenheim* in der Wiener derm. Gesellschaft. Sitzung vom 23. 6. 1927.

Digitized by Google

Aus diesen Gründen nahm Patientin ständig ziemlich hohe Dosen von Brompräparaten, hauptsächlich Bromkalium und Sedobrol (Br. Na.). April 1927, ungefähr nach einem Jahre, traten auf beiden Unterschenkeln zahlreiche Pusteln auf, die rasch an Größe zunahmen, konfluierten und große, sehr schmerzhafte, zeitweise stark eiternde Geschwüre bildeten, die sich dann mit festhaftenden, braunschwarzen Krusten bedeckten. Am übrigen Körper traten nur spärliche Pusteln auf. Die Geschwüre nahmen trotz intensiver Behandlung mit verschiedenen Salben ständig an Größe zu. Von einem Arzte wurde die Erkrankung für eine Pyodermie gehalten, und die Geschwüre wurden vergeblich mit Antivirus behandelt. Am 9. 6. 1927 suchte die Patientin die Abteilung auf, nachdem sie noch in der letzten Zeit wegen der großen Schmerzen besonders hohe Dosen von Sedobrol zu sich genommen hatte.

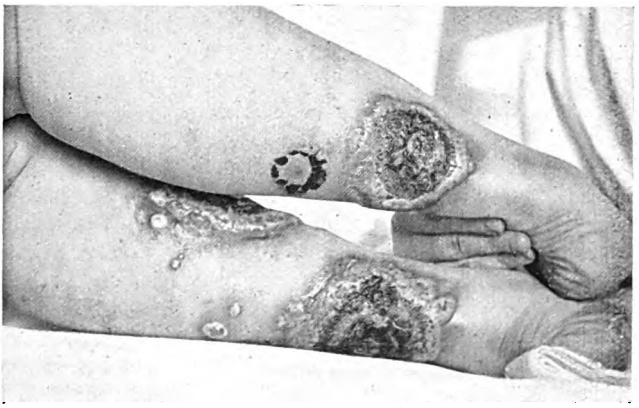
Status praesens: Der allgemeine somatische Befund bot keine Besonderheiten. Temperatur um 37°. Wa.R. negativ, Pirquet positiv. Auf beiden Unterschenkeln fanden sich mehrere annähernd gleichgroße, runde Effloreszenzen von eigenartigem kokarden- oder zielscheibenähnlichem Aussehen, und zwar in folgender Verteilung. Rechter Unterschenkel: Je eine runde, ungefähr handtellergroße Effloreszenz an der Hinterseite, handbreit über der Ferse und an der Vorderseite, ungefähr in der Mitte. Linker Unterschenkel: Je eine annähernd kreisrunde Effloreszenz von der gleichen Größe wie die des rechten Unterschenkels, an der Innenseite, handbreit unter dem Knie, und an der Hinterseite, drei Querfinger über der Ferse. Ferner eine durch Konfluenz entstandene achterförmige Effloreszenz von ungefähr 10 cm Länge und 7 cm Breite, ungefähr in der Mitte der Außenseite. Diese Effloreszenzen, die sich in ihrem Aussehen nur wenig voneinander unterschieden, boten folgendes Bild. Das Zentrum bildete eine flach-buckelförmig vorspringende Partie von graubrauner bis schwarzbrauner Farbe und trockener, warziger Oberfläche. Stellenweise kam durch kleine Einrisse ein feindrusiger, unebener Geschwürsgrund zum Vorschein. In ihren peripheren Anteilen zeigten diese Partien einen nicht immer deutlich ausgeprägten, schmalen, grau-braunschwarz gesprenkelten Streifen, der etwas unter dem Niveau lag. Auf diesen folgte dann, durch einen feinzackigen, nicht unterminierten Rand getrennt, eine 1—1½ cm breite, weißrote, fleischfarbene, sukkulente, wallartig erhabene Zone mit stellenweise feindrusiger Oberfläche. Diese Zone grenzte sich mit einem steilen Abfall gegen einen ungefähr 1 cm breiten, teils entzündlich, teils bläulichgrau gefärbten Hof ab, dessen Rötung allmählich gegen die übrige Haut abblaßte. Durch das dunkle, trockene Zentrum, den sukkulenten, hellroten Wall und durch den Entzündungshof wurde das bereits erwähnte einer Zielscheibe gleichende Aussehen hervorgerufen. In den peripheren Anteilen der wallartigen Zone und in den angrenzenden geröteten Hautpartien fanden sich zahlreiche, gelbliche Pusteln von Hirsekorn- bis Hanfkorngröße, die teilweise durch Konfluenz größere, blasige Abhebungen bildeten. Die Konsistenz dieser Effloreszenzen war schwammig weich, ihre Berührung sehr schmerzhaft. Am Stamme und auf den oberen Extremitäten waren noch spärliche, einzelstehende, kleine Pusteln zu finden, von denen nur eine ungefähr haselnußgroße Pustel am linken Oberarm einigermaßen an den schwammigen Charakter der beschriebenen Effloreszenzen erinnerte.

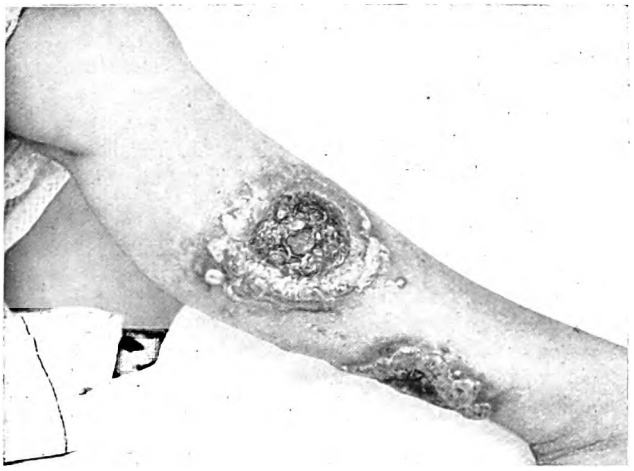
Der *histologische Befund* ergab: Mächtiges Ödem, besonders im Rete Malpighi und in den Papillarspitzen und sehr beträchtliche Akanthose. Ferner Bildung von kleinen, isoliert stehenden Abszessen in der Epidermis und von

Digitized by Google

großen, miteinander konfluierenden Abszessen in der Kutis, die allenthalben gegen die Oberfläche vordringen.

Es handelte sich um eine durch Brom hervorgerufene schwere Hautschädigung, wie sie früher öfter beschrieben wurde (Literatur bei *Jarisch-Matzenauer*). Einen unserem in seinem Kokarden ähnlichen Aussehen fast ganz gleichenden Fall hat *Kaposi* in seinem Atlas abgebildet (Bromakne ex usu bromi





vegetans). In der neueren Literatur finden sich nur sehr wenige Mitteilungen darüber. Meistens handelt es sich um kurze Berichte über einzelne in verschiedenen dermatologischen Gesellschaften demonstrierte Fälle oder um einige in der ausländischen Literatur, vorwiegend in der amerikanischen, veröffentlichte Beobachtungen. In allen diesen Mitteilungen wird auf die Seltenheit des Vorkommens und auf die Schwierigkeit der Dia-

Digitized by Google

gnose hingewiesen. Das vorwiegende Befallensein der unteren Extremitäten wird durch Zirkulationsverhältnisse zu erklären versucht.

Nach der allgemein gültigen Ansicht soll durch Verabreichung von Kochsalz das im Körper noch vorhandene Brom in seiner Wirkung aufgehoben und zum Ausscheiden gezwungen werden.

Demgemäß erhielt die Patientin täglich 5—10 g Na-Cl-oral; lokal wurden Umschläge mit physiologischer Kochsalzlösung angewendet. Außerdem wurde selbstverständlich jegliche Brommedikation eingestellt. Während die Schmerzen bereits nach wenigen Tagen durch die Umschläge nahezu vollkommen verschwunden waren, zeigte sich nach ungefähr einer Woche, daß die Geschwüre trotz der Verabreichung von Kochsalz ihre Progredienz beibehielten. Die Entzündungshöfe verbreiterten sich allmählich, die sukkulenten, wallartigen Partien rückten langsam peripherwärts weiter, und in diesen und in den benachbarten geröteten Zonen, ebenso in der gesunden Haut zwischen den Effloreszenzen traten zahlreiche frische Pusteln auf, die rasch miteinander konfluierten. Ebenso erfolglos wie die Kochsalztherapie, die nach *Bechet* in Amerika allgemein angewendet wird, blieb auch die bei einigen größeren, einzeln stehenden Pusteln angewandte graue Salbe, eine Methode auf die erst neulich von *Jadassohn* hingewiesen wurde. Zu erwähnen ist, daß bereits vor einigen Jahren *Hübschmann* wiederholt über schlechte Erfolge mit NaCl und Hg berichtet hat. Die von diesem Autor empfohlene Therapie mit Calcium chloratum wurde nicht versucht. Im Sekret der sich ziemlich rasch vermehrenden Pusteln wurden grampositive Diplokokken nachgewiesen. Da nun die Gefahr einer Impetigisation bestand, zumal nach *Haxthausen* dem Brom ebenso wie dem Jod ein durch Virulenzsteigerung der Bakterien bedingter „entzündungsbegünstigender Faktor" zukommen soll, wurden die feuchten Umschläge eingestellt und Trockenverbände mit sterilem Talk versucht (25. 6.). Wenige Tage später zeigte sich schon ein voller Erfolg. Die Patientin wurde ganz beschwerdefrei, so daß sie aufstehen und auf die anfangs noch notwendigen Beruhigungsmittel (Tinct. valeriana und Veronal) verzichten konnte. Die zahlreichen Pusteln, sowohl die älteren wie die jüngeren, trockneten unter dem Puderverbande rasch ab; nirgends kam es mehr zu einem frischen Nachschub. Die Entzündungshöfe blaßten sehr schnell ab, die elevierten, wallartigen Partien verloren ihre sukkulente Beschaffenheit und ihre hellrote Farbe. Sie wurden trocken und derb, bedeckten sich mit vom Zentrum her sich vorschiebenden Krusten und flachten innerhalb kurzer Zeit so rasch ab, daß die ganzen Effloreszenzen nach ungefähr einer Woche bereits im Niveau der übrigen Haut lagen und keinerlei Entzündungserscheinungen mehr boten. Unter den andauernd fortgesetzten Trockenverbänden kam es dann zu einer schnell fortschreitenden Epithelisierung der Substanzverluste. Die anfangs noch festhaftenden Krusten stießen sich bald von selbst ab oder ließen sich im Bade leicht ablösen. Am 14. 7. war die Überhäutung vollendet, und die Patientin konnte geheilt entlassen werden.

Der Fall scheint auch durch das eigenartige chemische Verhalten des erkrankten Organismus interessant. Trotz ständig fortgeführter Kontrolluntersuchungen ließ sich niemals im Harn

Digitized by Google

Brom nachweisen. Ebenso negativ verlief die Untersuchung von Stuhl, Pustelsekret und abgestoßenen Krusten. Das Brom war scheinbar besonders fest im Körper verankert und dürfte nur in minimalen, mit der gewöhnlichen Chloroformmethode nicht nachweisbaren Spuren ausgeschieden worden sein. Möglicherweise bestand eine Beziehung zwischen dieser Bromretention und dem Versagen der Kochsalztherapie. Der Versuch, die Bromüberempfindlichkeit auf das Meerschweinchen zu übertragen, gelang nur teilweise. Einem gesunden, jungen Tiere wurden 2 ccm Patientenserum subkutan injiziert. Nach 2 Tagen erhielten das vorbehandelte Tier und ein gleichaltes Kontrolltier je 1 ccm einer 1%igen Bromnatriumlösung subkutan. Bei beiden Tieren trat nach der Injektion ein nur wenige Minuten andauernder Shock auf. Während sich jedoch das Kontrolltier sofort erholte, zeigte das mit Serum geimpfte Tier durch 2—3 Tage deutliche Krankheitssymptome, wie Freßunlust, gesträubtes Fell und eine Parese der hinteren Extremitäten. An der Injektionsstelle trat keinerlei Reaktion auf. Das Tier wurde dann wieder vollkommen gesund.

Zusammenfassung: Ausgedehnte Schädigung der Haut, hervorgerufen durch 1 Jahr lang dauernde Brommedikation. Retention des Broms im Körper. Kein Heilungserfolg mit Kochsalz und grauer Salbe. Rasche Heilung unter Puderverbänden. Teilweise gelungene Übertragung der Überempfindlichkeit auf das Meerschweinchen.

Literaturverzeichnis.

A. Bechet, Bromoderm. Archiv of dermat. a syphil. 12. 1925. Ref. Zentralbl. f. Derm. 19. 1926. — *H. Haxthausen*, Untersuchungen über die Pathogenese der Jod- und Bromakne. Dermat. Ztschr. 35. 1921. — *K. Hübschmann*, Therapie bei Bromoderm. Ceski dermatol. 2. 1921 und 3. 1922. Ref. Zentralbl. f. Derm. 1. 1921 und 9. 1924. — *J. Jadassohn*, Diskussionsbemerkung zu *Scholz-Sadebek*, Bromoderm. Schles. derm. Ges. Breslau. Sitz. v. 5. 7. 1924. Ref. Zentralbl. f. Derm. 14. 1924. — *A. Jarisch* und *M. Matzenauer*, Lehrb. d. Hautkrankh. 1908. — *M. Kaposi*, Atlas der Hautkrankh. 1897.

Digitized by Google

IV.

(Aus der dermatol. Klinik des allgem. Krankenhauses St. Georg zu Hamburg [Leitender Oberarzt: Prof. Dr. *H. Ritter*].)

Zur Kasuistik der phytogenen Berufsdermatosen: Hauterkrankung durch Tabakblätter.

Von

Dr. C. L. KARRENBERG,

Assistent der Klinik.

Wir hatten Gelegenheit, vor kurzem einen Fall von Hauterkrankung bei einer Tabakarbeiterin zu beobachten, der einen interessanten Beitrag zum Kapitel der phytogenen Berufsdermatosen bietet.

Anna D. (18598/26), 48 Jahre, verheiratet. Außer einer Blutvergiftung nach Fingerverletzung durch eine Gräte niemals ernstlich krank. 12 Partus, 3 Aborte; 6 Kinder leben, 2 davon leiden an Epilepsie. Der Mann der Pat. hat chronischen Hautausschlag. Pat. hat insbesondere niemals irgendeinen Hautausschlag gehabt, trotzdem sie als Putz- und Waschfrau viel im Wasser arbeiten mußte.

Am 3. Januar 1927 Eintritt in eine hiesige größere Zigarettenfabrik als „Löserin"; derartige Arbeiterinnen haben die Aufgabe, die zusammengelegten bzw. gepreßten Tabakblätter vorsichtig auseinanderzulösen und sie einzeln auf ein rollendes „Transportband" zu werfen. In den ersten Tagen keinerlei Beschwerden; nach 3—4 Tagen „unangenehmes" Gefühl in den Händen verbunden mit Rötung und Jucken, das aber nach Feierabend nachließ, um am nächsten Tage, etliche Zeit, nachdem Pat. die Arbeit wieder aufgenommen hatte, wiederzukommen und während des ganzen Tages anzuhalten. Ab und zu meinte Pat. auch ein leichtes Brennen im Gesicht zu spüren, das im Laufe der Zeit zunahm. Am 11. Januar, also 8 Tage nach Aufnahme der neuen Arbeit, plötzlich akute Hauterkrankung: Blasenbildung an den Händen, Entzündung der Haut der Hände, des Gesichtes und derjenigen Partien des Halses, die Pat. unbedeckt trug. Dazu schwoll das Gesicht in relativ kurzer Zeit (zirka 2 Stunden) sehr stark an, so daß Pat. die Fabrik verlassen mußte. Zu Hause Rückgang der akutesten Erscheinungen. Am nächsten Tage nach Rückkehr in die Fabrik schwerer Rückfall; die Haut der genannten Partien, mit Ausnahme der Hände, begann jetzt zu nässen. Pat. blieb deshalb der Arbeit fern und begab sich in die Behandlung eines Arztes; relativ schnelle Besserung der Erscheinungen. Nach Rückkehr in die Fabrik wiederum Rezidiv der Schwellung des Gesichtes und Halses; die Hände waren dieses Mal weniger beteiligt. Erneute Behandlung; die Erscheinungen

Digitized by Google

gingen langsamer zurück. Am 11. Februar nochmals Rückkehr in die Fabrik. Nach kurzem Aufenthalt wiederum Auftreten sämtlicher Erscheinungen; nur die Hände blieben dieses Mal vollkommen frei. Am 12. Februar aufgenommen.

Bei der Aufnahme bot Pat. das Bild einer abklingenden Dermatitis des Gesichtes mit noch deutlich bemerkbarer Schwellung, in erster Linie der periorbitalen Bezirke. Zum Mandibularrand hin Stärkerwerden der klinischen Erscheinungen: die Haut ist in der Kinngegend bereits stark gerötet, leicht ödematös. Unterhalb des Mandibularrandes ist die Haut hochgradig verändert: In der Gegend des Pomum adami findet sich eine hochrote, nässende Partie, die in gleicher Intensität sich bis zum vorderen Sternokleidorand beiderseits erstreckt; zum Nacken hin nehmen dann die akuten Erscheinungen an Intensität ab. Nach oben hin geht diese Veränderung bis zum Mandibularrand, nach unten hin wird ihre Begrenzung dargestellt durch den unteren Kragenrand, und zwar ist die Dermatitis gegen die gesunde Haut hin scharf begrenzt. Die Hände sind geringgradig gerötet, ebenfalls die Unterarme. Die übrige Haut der Pat. ist vollkommen intakt, insbesondere finden sich nirgendwo Zeichen eines Ekzems. Der übrige Status bot nichts Bemerkenswertes, deshalb kann auf seine Wiedergabe hier verzichtet werden.

Nach der ganzen Anamnese konnte es sich nur um eine Hauterkrankung handeln, die mit der Beschäftigung der Pat. zusammenhing. Um festzustellen, ob es sich eventuell um eine latente Ekzematikerin handelte bzw. ob die ganze Erkrankung als eine unspezifische Sensibilisierung zu betrachten sei, nahmen wir eine Hautfunktionsprüfung vor mit Formalin, Terpentin und Jodoform (Applikation in Form getränkter Läppchen). Auf Formalin und Jodoform negative Reaktion nach 12 und 24 Stunden, auf Terpentin war die Reaktion nach 12 Stunden ganz schwach positiv; gleicher Effekt nach 24 Stunden. Da wir zur Zeit dieser Beobachtungen im Rahmen anderer Fragestellungen noch weitere Hautprüfungen an unseren Patienten vornahmen, seien, obwohl eigentlich nicht hierher gehörig, auch deren Ergebnisse mitgeteilt; es handelt sich um Intrakutanreaktionen.

0,1 ccm phenolfreien Trichophytins „K 1" (aus eigenen Stämmen): nach 12 Stunden negativ, ebenfalls nach 24 Stunden.
0,1 ccm phenolfreien Trichophytins „K 4" (aus eigenen Stämmen): nach 12 Stunden negativ, nach 24 Stunden schwach positiv.
0,1 ccm Trichophytin „Höchst", Verd. 1:20 (Phenolzusatz): negativ.
0,1 ccm Trichophytin „Höchst", Verd. 1:40 (Phenolzusatz): negativ.
0,1 ccm Luetin Busson: negativ.
0,1 ccm Resantin „Höchst": negativ.
0,1 ccm Kaninchenserum (phenolfrei!): nach 12 Stunden negativ, nach 24 Stunden schwach positiv.
0,1 ccm Hammelserum (phenolfrei!): wie das vorige.
0,1 ccm Pferdeserum (phenolfrei!): negativ.
0,1 ccm Rinderserum (phenolfrei!): negativ.
Ponndorf negativ.

Das Gesamtergebnis dieser — allerdings mehr oder weniger unvollkommenen — Hautprüfung bot also keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß wir es mit einer polyvalent sensibilisierten Patientin zu tun hatten.

Digitized by Google

Dafür ergab die Prüfung gegenüber Tabak greifbare Resultate. Durch die Freundlichkeit des Inhabers der Fabrik war es uns möglich, Tabakblätter derselben Art, mit der Patientin gearbeitet hatte, zu bekommen; daneben verwandten wir auch Blätter anderer Ernten und Lagen. Kleine Blattstückchen wurden der Patientin unter luftdichtem Abschluß auf die intakte Haut gebunden (Ellenbeugen, Oberschenkel). Das Ergebnis war bei allen untersuchten Proben das gleiche: Nach 6—12 Stunden mußten die Verbände wegen unerträglichen Brennens entfernt werden; es zeigte sich an den betreffenden Stellen eine hochgradige Dermatitis, teilweise mit blasiger Abhebung der bedeckten Stellen, aber stets auf den Umfang der Applikation beschränkt. Patientin lehnte energisch weitere Prüfungen ab. Um solche trotzdem noch durchführen zu können, wurden von verschiedenen Tabaksorten Autolysate hergestellt (Blätter 24 bis 36 Stunden in physiologischer NaCl-Lösung bei 37°); hiervon erhielt Patientin 0,1 ccm intrakutan. Naturgemäß war eine Schätzung der in den Autolysaten enthaltenen wirksamen Stoffe unmöglich. Eine derartige Applikation hatte ebenfalls eine hochgradige Rötung der Haut in einem weiteren Umkreise zur Folge; daneben war das Allgemeinbefinden der Patientin während der ersten 12 Stunden nach der Injektion empfindlich gestört: Mattigkeit, Schwindelgefühl, Blässe des Gesichtes; keine Temperaturen.

Parallelversuche durch Aufbinden gleichartiger Blattstückchen bei anderen Patienten und beim Verfasser hatten durchweg negative Ergebnisse.

Bemerkenswert war nun die Involution der durch die experimentelle Hautprüfung gesetzten Läsionen. Die zuerst durch Aufbinden von Blättern ausgelösten Dermatitiden wiesen zunächst eine glatte Abheilung auf: Abklingen der akutesten Erscheinungen, Überhäutung der epidermisberaubten Stellen. Dann nahm im weiteren Verlauf die Haut eine eigentümlich alterierte Beschaffenheit an: sie felderte sich stärker, schien stärker verdickt zu sein; dazu traten kleinere, zunächst noch uncharakteristische, dann knötchenförmige Erhebungen auf. Patientin klagte über ein lästiges Spannungsgefühl und über Jucken und leichtes Brennen. Eine gleiche Involution bot die Originalläsion des Halses. Die Stellen der Intrakutanreaktionen zeigten eine derartige Entwicklung in einem etwas schnelleren Tempo; die ekzematoiden Hautveränderungen waren bereits in kürzerer Zeit deutlich hervorgetreten. Jedesmal nach einer derartigen Intra-

Digitized by Google

kutanreaktion klagte Patientin über erhöhtes Spannungs- und Juckgefühl an den damals bereits in Abheilung begriffenen Stellen der Original- und der ersten Impfläsionen; objektiv war kein lokales Wiederaufflackern feststellbar. Leider mußten wir, da Patientin wegen häuslicher Verhältnisse auf Entlassung drängte, diese Impfläsionen behandeln; Abheilung unter antiekzematösen Medikamenten.

Wie *Touton* in seinen einschlägigen Arbeiten hervorhebt, stößt der Versuch einer Aufklärung der Reizursache bei den phytogenen Dermatosen auf große Schwierigkeiten wegen der Kompliziertheit der in Frage kommenden Faktoren. Wir haben dementsprechend, zumal es sich dazu noch um sekundär veränderten, weil ausfermentierten und gelagerten Tabak handelte, nur ganz oberflächlich versucht, einen Anhaltspunkt in diesem Sinne zu gewinnen, und uns lediglich zwei Fragen gestellt, nämlich erstens, ob es sich um eine pseudophytogene, d. h. durch erfahrungsgemäß auf Tabakblättern vorkommende Mikroorganismen ausgelöste Dermatose handelt, obgleich uns diese Möglichkeit an und für sich gering erschien, und zweitens, ob eventuell eine Überempfindlichkeit gegenüber dem in den Blättern enthaltenen Nikotin, das ja in einer Konzentration von 1:100000 als Nikotintartrat zur Hautfunktionsprüfung (lymphagoge Reaktion) herangezogen wird, vorlag.

Durch die von gewissen Seiten vertretene Auffassung des Prozesses der Tabakfermentation als einen durch Bakterien, Hefen oder Schimmelpilzen bewirkten Vorgang sind wir an Hand der diesbezüglichen Untersuchungen einigermaßen über die Flora des Tabaks orientiert; *Behrens, Koning, Koch, Suchsland, Davalos, Vernhout* u. a. fanden, meist auf fermentierenden Tabaken, die verschiedensten Bakterien, Schimmel und Hefen (Bac. mycoides, subtilis, tabaci fermentationis, Proteus, Aspergillus fumigatus, Mucor, Oospora nicotianae, Moniliaarten usw.); ähnliche Mikroben, vor allem solche unter ihnen, die Dauerformen bilden, lassen sich, wie eigene Untersuchungen ergaben, auch auf ausfermentierten Tabaken nachweisen. Wir haben unserer Patientin Mikroben, die von gelagerten Blättern stammten, und zwar von solchen, mit denen sie gearbeitet hatte und die wir häufiger bei unseren Untersuchungen auch anderer Tabaksorten fanden, auf die Haut gebracht bzw. eingerieben (Mycoides-Mesentericus-Arten und Aspergillazeen) mit vollkommen negativem Erfolg. Da die Flora gelagerter Tabake im allgemeinen ziemlich monoton zu sein scheint und im wesent-

Digitized by Google

lichen die eben genannten Arten umfaßt, können wir auf Grund des negativen Resultates wohl eine Auslösung der Erscheinungen von dieser Seite her ablehnen.

Der Nikotingehalt des Tabakblattes erleidet durch die Fermentation nach den Untersuchungen von *Klein*, *Behrens* u. a. eine Verminderung von zirka 28—30%. Nach neueren, mit exakten biologischen Methoden (Blutegelpräparat) von *Winterstein* und *Aronson* ausgeführten Untersuchungen über Nikotingehalt naturreiner Tabaksorten enthielten 25 verschiedene Arten von 0,5—1,0% Nikotin; es handelte sich bei den von den Autoren verwandten Sorten um bulgarische, mazedonische und türkische Tabake; mithin dürften ihre Werte wohl Durchschnittszahlen darstellen, die auch für unseren Fall in Betracht kommen. Das oben erwähnte, in einer Konzentration von 1:100000 zur Prüfung der lymphagogen Reaktion verwandte Nikotintartrat enthält in einem Gramm 0,325 Gramm Nikotin; mithin entspricht die verwandte Lösung einer Konzentration von 0,325:100000. Wir verwandten zur Prüfung der eventuellen Einwirkung auf die Haut unserer Patientin ein aus Rohtabaken gleicher Art hergestelltes Nikotin, das also entsprechend seiner natürlichen Herkunft im Gegensatz zum synthetisch dargestellten nach den Untersuchungen von *Mayor* linksdrehend und auch giftiger ist, in einer Konzentration von 1:1000000. Die Prüfung fand statt 12 Tage nach der letzten Applikation von Tabakautolysat; auf dem rechten Oberschenkel wurde ein Tropfen der Lösung sanft eingerieben in einem Bezirk, in dessen Mitte wir die Haut ganz oberflächlich angeschabt hatten. 3 Minuten nach der Einreibung schwerster Kollaps mit Sistieren von Puls und Atmung; Kardiazol intramuskulär und intravenös, künstliche Atmung. Nach 10 Minuten profuser Schweißausbruch und außerordentlich starke Salivation, verbunden mit Temperatursturz auf 35,8; Leichenblässe, aber Wiederkehr von Puls und Atmung. Temperatur 8 Stunden später 38,2, am nächsten Tage normal. Langsame Erholung von dem schweren Kollaps während der nächsten Tage; als eigenartige Folge traten ziehende Schmerzen in beiden Unterschenkeln auf, die sehr langsam verschwanden. Eine Lokalreaktion in irgendeiner Form oder ein Wiederaufflackern der alten Herde, kurz, irgendeine Manifestation von Seiten der Haut im Anschluß an die Prüfung zeigte sich nicht, auch nicht nach 16tägiger Beobachtung.

Nach dieser unangenehmen Erfahrung nahmen wir von weiteren Untersuchungen Abstand, zumal sich auch Patientin

Digitized by Google

definitiv weigerte, weitere Prüfungen mit sich anstellen zu lassen. Somit kann über die Natur der in Frage kommenden Reizstoffe nichts Sicheres ausgesagt werden, sondern, wie übrigens meist bei derartigen Fragestellungen, nur Vermutungen geäußert werden. In Betracht kämen eventuell stickstofffreie Körper, die aus dem ätherischen Öl der Drüsenhaare des Tabaks stammen (*Behrens*, „Nikotianin", *Hermbstädt*, angeblich durch die Fermentation aus Nikotin entstanden, von *Suchsland* identifiziert mit „Tabakskampfer"), oder stickstoffhaltige Alkaloide, die nach *Fränkel-Wogrinz* Träger des Aromas sind, weiterhin flüchtige Säuren, deren Gehalt durch die Fermentation des Tabaks auf das Doppelte steigt *(Behrens)*, Buttersäure oder Bernsteinsäure. Eine weitere Aufzählung von noch mehr Substanzen erübrigt sich.

Die vorhandene Literatur über Hautschädigungen durch Tabak ist nicht sehr zahlreich. Bekannt ist ja, daß Nikotin von der intakten Haut aus resorbiert werden kann, und zwar sehr leicht; hierher gehören von *Foville* bereits 1834 beobachtete Fälle von Benommenheitszuständen bei französischen Soldaten, die Tabak unter ihrem schweren, unventilierten Helm aufbewahrten; weiterhin von *Poulsson* erwähnte Fälle von Vergiftungen bei Schmugglern, die sich Tabakblätter auf die Haut banden; ferner ein von *Jones* und *Morris* kürzlich beschriebener Fall einer Vergiftung eines Mädchens durch Einreiben eines Gemisches von Schreibtinte und den Resten aus einer alten Tabakspfeife. Von Hauterscheinungen findet man bei diesen Beschreibungen nichts erwähnt. Dagegen beobachtete *Nissen-Deacon* während des Krieges bei einem italienischen Soldaten, der sich zu Simulationszwecken je eine Toskani nach Wässerung in jede Axilla für eine Nacht gebunden hatte, ein damals nach Ansicht der italienischen Ärzte gangbares Verfahren, ein generalisiertes Erythem des Stammes und der Extremitäten. *Blaisdell* beschrieb aus Amerika hartnäckige Dermatitiden an Fingern und Händen bei Tabakarbeitern und Zigarrenmachern, provoziert durch Tabaksaft; die Patienten verlangten Schadenersatz. *Hoppe* hatte 1868 flechtenartige Ausschläge an Händen von Tabakhändlern beobachtet, und zwar in erster Linie an den Partien, die beim Abwiegen mit dem Tabak in Berührung kamen. Einen sehr interessanten Fall von Zusammenhang zwischen Tabakrauchen und *Quincke*schem Ödem publizierte 1926 *Morawitz:* Bei einem 67jährigen Patienten war seit 2 Jahren Tabakrauch die Ursache des Auftretens derartiger Ödemschübe,

Digitized by Google

einerlei, ob Patient selbst rauchte oder in einem verqualmten Lokale sich befand; Hautimpfung mit Tabaktest (Pennsylvaniatabak) hatte ein negatives Ergebnis; 5 mg Nikotin waren unschädlich. Der Autor sieht das schädigende Agens in seinem Falle in Produkten, die sich beim Brennen des Tabaks bilden, also Pyridin, Pyrrolidin, Methylpyrrolidin, NH_3; jedoch erwiesen sich in zwei Versuchen Pyridinbasen nach Inhalation und Einnehmen als unwirksam. In den folgenden Jahren wurde Patient insofern polyvalent empfindlich, als auch Käse und Zelluloid Anfälle hervorriefen; vorher war ein gleiches noch möglich durch parenterale Einverleibung größerer Mengen von Pferdeeiweiß.

Demnach dürfte unser Fall wohl die erste genauer klinisch beobachtete bzw. experimentell untersuchte Tabakdermatose darstellen. In seinem Verlauf bzw. schon in seiner Anamnese finden sich einige bemerkenswerte Punkte. Die ersten Zeichen der Idiosynkrasie machten sich bei der hautgesunden Patientin an den Händen bemerkbar, dann im Gesicht in Form einer Rötung bzw. eines unangenehmen Gefühls; nach dem ersten akuten Ausbruch, der Hände, Gesicht und Hals betraf, klangen bei weiteren Schüben die Erscheinungen an den Händen, die doch in erster Linie mit der Noxe in Berührung kamen, mehr und mehr ab, bis daß beim letzten Schub die Hände fast vollkommen frei blieben; dafür wurden die Erscheinungen am Halse akuter. Jedenfalls sind die Hände der „Primärherd" gewesen, und somit haben wir die eigentümliche Tatsache gegeben, daß dieser Primärherd, der doch dauernd mit dem schädigenden Agens in konzentrierter Form bei dem zweiten und dritten Ausbruch in Berührung kam, in seiner Reaktionsform nach und nach abklang bis zur fast völligen Unempfindlichkeit, während die anderen Herde von Fall zu Fall schwerere Erscheinungen, graduell intensivere Bilder aufwiesen bei relativ sehr kurzer Inkubationszeit. *Bloch* und *Steiner-Wourlisch* konnten bei ihren Untersuchungen über willkürliche Erzeugung von Primelüberempfindlichkeit beim Menschen feststellen, daß scheinbar bestimmte Beziehungen zwischen dem primären Herd bzw. der Reaktion dieses Herdes und der sekundären Sensibilisierung bestehen, nachdem schon immer auf die Bedeutung des Angriffsortes der Noxe bei Toxikodermien und Ekzemen hingewiesen worden war *(Jadassohn)*; vielleicht finden auch rückwirkend von den sekundären Erscheinungen zum Primärherd bzw. zu dem Herde, der in unmittelbaren Beziehungen zur schä-

Digitized by Google

digenden Noxe steht, irgend welche Einwirkungen statt, deren Zusammenhänge uns natürlich ebenso unklar sind wie diejenigen zwischen Primärherd und allgemeiner Sensibilisierung. Eine Parallele für diese Möglichkeit würden wir ja bei verschiedenen kutanen Infektionen finden, bei denen ebenfalls nach Auftreten generalisierter Hauterscheinungen bzw. bei regionärer Vergrößerung oder Neuauftreten von Läsionen die Originalläsion bei noch bestehender Infektiosität abheilt. Des weiteren haben wir uns die Frage vorgelegt, ob nicht bereits eine *Desensibilisierung* der Haut an den Händen stattgefunden hatte; die Anamnese ist ja in dieser Hinsicht besonders interessant, und zwar deshalb, weil bei jedem neuen Schub die Hände jedesmal graduell weniger ergriffen waren. Es wäre also die Möglichkeit gegeben, daß hier ein Prozeß vorgelegen hätte, wie wir ihn z. B. bei der lokalen Immunotherapie des Furunkels durch dauernd neue Zufuhr von Antigen und dadurch erfolgte Absättigung der allergischen Zellen zu anergischen finden. Diese Möglichkeit scheint uns noch am meisten für sich zu haben, obgleich Beweise dafür kaum zu erbringen sind; vielleicht kommt auch ein Zusammentreffen der beiden angeführten Eventualitäten in Frage. Jedenfalls konnte die Patientin Tabakblätter, sogar in feuchtem Zustande, längere Zeit in ihren Händen behalten, ohne daß irgendwelche Erscheinungen auftraten.

Im Hinblick auf die verschiedenen klinischen Bilder, die *Bloch* und *Steiner-Wourlisch* durch Applikation verschieden konzentrierter Antigene erhielten, sowie auf das Ergebnis von *Birchers* Desensibilisierungsversuchen sind die Ausfälle unserer Hautprüfungen mit verschiedenartigen Applikationsarten bemerkenswert. Danach scheint doch im Tabakblatt selbst das Antigen in hochkonzentriertem Zustand vorhanden zu sein, denn mit ihm fielen unsere Versuche genau so aus wie die von *Bloch* und *Steiner-Wourlisch* mit einem Antigen, das das aktive Prinzip der Primelblätter in hochkonzentriertem Zustand enthielt, unternommenen: Zeichen einer Verbrennung bzw. Verätzung. Das gleiche war ja bei den Originalläsionen des Halses der Fall; es ist sicherlich anzunehmen, daß in der Luft schwebender Tabakstaub hier der auslösende Faktor war, also auch das Produkt in seiner natürlichen Substanz, trotzdem wir uns davon überzeugen konnten, daß für ein Verschwinden des Tabakstaubes, der naturgemäß beim Lösen der trockenen Blätter entsteht, durch hygienische Einrichtungen aller Art (hohe Säle, ausgedehnte Ab-

Digitized by Google

saugevorrichtungen und Lüftung) gerade in dieser Fabrik ausreichend Sorge getragen war. Das Antigen scheint in unserer zweiten Versuchsreihe nicht in einem hochkonzentrierten Zustand in das Autolysat übergegangen zu sein; obgleich durch die Intrakutanreaktionen das wirksame Prinzip in einen viel innigeren Kontakt mit den empfänglichen Zellen kam, waren die klinischen Erscheinungen viel harmloser, die Involution zu ekzematoiden Läsionen entsprechend schneller. Daß irgendein Prinzip in dem Autolysat überhaupt vorhanden war, lehrt der negative Ausfall der NaCl-Quaddel; daß es spezifisch wirksam war auf diesem Applikationswege, zeigen die durchweg negativen Ausfälle der übrigen Intrakutanreaktionen mit den verschiedensten Stoffen. Außerdem können als Beweis seiner Wirksamkeit überhaupt die Angaben der Patientin selbst herangezogen werden, die sie *spontan* machte, daß nämlich jedesmal nach einer Injektion sie vermehrtes Jucken und eine größere Spannung am Orte der Originalläsion und der übrigen experimentellen Prüfung verspüre, obschon klinisch dort nichts festzustellen war, also eine gewisse „Herdreaktion", wie sie *Low* bei seinen Primelversuchen ebenfalls feststellen konnte. Wir finden hier also wohl ähnliche Verhältnisse wie bei den Sensibilisierungsversuchen von *Bircher*, der durch intrakutane Reaktionen steigender Antigenmengen scheinbar gegen Primeln desensibilisiert war, bis daß er auf Blätter selbst und frisch hergestelltes Destillat positiv reagierte.

Es sei noch nachgetragen, daß wir auch die Einwirkung von Tabaksrauch auf die Patientin prüften (Zigaretten, die aus gleichem Tabak hergestellt waren), ohne eine Reaktion zu erzielen; weiterhin legten wir Tabakblätter 12 Stunden an ihr Bett, aber so, daß sie nicht unmittelbar mit ihnen in Berührung kam, und erzielten keinerlei Reaktion. Endlich stellten wir konzentrierten Nikotinauszug in ihre unmittelbare Nähe, ohne irgendeinen Effekt auszulösen.

Was den Ausfall der oben beschriebenen Nikotinprobe angeht, so glauben wir, daß wohl zweifellos eine allgemeine Überempfindlichkeit der Patientin gegen Nikotin bestanden hat. Die zur Reaktion verwandte Konzentration (1:1000000) bzw. Menge war so gering, daß unseres Erachtens kein derartig schwerer, das Bild der akuten Nikotinvergiftung reproduzierender Kollaps hätte eintreten dürfen, wo doch andrerseits Konzentrationen von 0,325:100000 zu Intrakutanreaktionen verwandt werden. Für eine derartige Überempfindlichkeit spräche

Digitized by Google

auch der Umstand, daß Patientin sich jedesmal nach den Injektionen der Autolysate äußerst angegriffen und übel fühlte, wobei sicherlich die in dem Extrakt enthaltene Nikotinmenge eine Rolle spielte. Diese nicht kutane Überempfindlichkeit gegen Nikotin ist vielleicht von Wichtigkeit für das Zustandekommen der gesamten Affektion überhaupt, daß sie also mit anderen Worten die besondere innere Disposition darstellt, auf die die äußere spezifische Schädigung trifft.

Wir haben darüber Erhebungen angestellt, ob derartige Tabakdermatosen des öfteren beobachtet werden in den größeren Fabriken. Es haben sich keinerlei Anhaltspunkte dafür ergeben; lediglich in einem unsicheren Falle, den wir aber nicht persönlich gesehen haben, wurde ein persistierendes Handekzem vielleicht auf Arbeiten mit Tabak zurückgeführt. Spontane Empfindlichkeit sowie Sensibilisierbarkeit gegenüber Tabak sind also zahlenmäßig minimal; dafür spricht auch die Tatsache, daß sich in der Literatur nur spärliche Angaben über Tabakdermatosen finden, und die Erfahrung, daß Herren, die jahrelang große Mengen Zigarren rauchen, bei denen also der Tabak selbst in unmittelbare Berührung mit der Haut kommt, keinerlei Erscheinungen einer Dermatose bekommen.

Leider haben wir über den weiteren Verbleib unserer Patientin keine Nachricht erhalten können als die, daß sie ihre Beschäftigung in der Fabrik aufgegeben hatte.

Literaturverzeichnis.

Behrens, Lafars Handb. d. techn. Mykologie. *5*. 1. 1905—1914. — *Bircher*, Derm. Ztschr. *47*. 270. 1925. — *Blaisdell*, zit. b. *Touton*. — *Bloch* und *Steiner-Wourlisch*, Arch. f. Derm. *152*. 283. 1926. — *Dávalos*, Zentrbl. f. Bakt. *13*. 390. 1893. — *Fränkel-Wogrinz*, Mtsschr. f. Chem. d. Tabaks. *23*. 236. 1907. — *Foville*, Influence des vêtements sur nos organes. Paris 1834, zit. v. *Ritchie*, Brit. med. Journ. July 1926. 116. — *Hoppe*, Ref. Arch. f. Derm. 1869. S. 289. — *Jones-Morris*, Brit. med. Journ. 1926. S. 739. — *Klein*, 5. Ber. d. landw. bot. Versuchsanst. Karlsruhe 1896. — *Koch*, zit. b. *Behrens*. — *Koning*, zit. b. *Behrens*. — *Low*, zit. b. *Touton*. — *Mayor*, zit b. *Poulsson*. — *Morawitz*, Fortschr. d. Therapie. 1926. H. 13. — *Nissen-Deacon*, Brit. med. Journ. 1926. June. — *Poulsson*, Lehrb. d. Pharmakol. 4. Aufl. Leipzig 1919. — *Suchsland*, zit. b. *Behrens*. — *Touton*, Derm. Wschr. *84*. 136. 1927 u. Derm. Ztschr. *49*. 385. 1927. — *Vernhout*, zit b. *Behrens*. — *Winterstein* und *Aronson*, Ztschr. f. Hygiene. *107*. 487. 1927.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am Dienstag den 11. November 1927.

(Generalversammlung.)

Geschäftlicher Teil.

I. Wahl des Vorstands und der Aufnahmekommission. (Erweiterter Vorstand.)

1. Vorstand: Ehrenvorsitzender: Herr *O. Rosenthal.* I. Vorsitzender: Herr *Arndt.* II. Vorsitzender: Herr *Buschke.* III. Vorsitzender: Herr *Bruhns.* IV. Vorsitzender: Herr *F. Pinkus.* I. Schriftführer: Herr *R. Ledermann.* II. Schriftführer: Herr *W. Fischer.* Kassenführer und Bibliothekar: Herr *J. Heller.*

2. Aufnahmekommission: Herr *Gebert,* Herr *Saalfeld,* Herr *Löhe,* Herr *Franz Blumenthal,* Herr *Pulvermacher,* Herr *Sprinz,* Herr *Fritz Lesser.*

II. Bericht des Schriftführers *(R. Ledermann).*

III. Bericht des Kassenführers und Bibliothekars *(J. Heller).*

Herr *Edmund Saalfeld:*

Antrag: In ein oder zwei — nötigenfalls Sonder- — Sitzungen des Vereinsjahres werden aktuelle Fragen aus dem Gebiete der praktischen Dermatologie und Venerologie besprochen. Hierbei wird der Therapie ein weiter Spielraum eingeräumt.

Begründung: Gegenüber den zahlreichen wissenschaftlichen Vorträgen und Krankenvorstellungen sind in der letzten Zeit Besprechungen praktischer, besonders therapeutischer Fragen in unserer Gesellschaft in den Hintergrund getreten. Früher wurden häufiger in kurzen Mitteilungen für den Praktiker wichtige Punkte erörtert. So hat S. selbst seinerzeit auf die juckstillende Wirkung des Menthols aufmerksam gemacht. In den Sondersitzungen sollen aktuelle Fragen der praktischen Dermatologie besprochen werden, ferner sollen therapeutische Vorschläge gemacht, Anregungen gegeben werden, die Kollegen mit größerem Krankenmaterial ausführen könnten. So führt S. als Beispiel hierfür an, Behandlung des lokalen Juckens bei Pruritus ani mit Infiltrationsanästhesie der erkrankten Stelle, oder aber der zuführenden Nerven. S. stellt anheim, ein Gremium von drei Mitgliedern der Gesellschaft zu wählen, die in Verbindung mit dem Vorstand entsprechende Themata vorschlagen oder an die sich die Mitglieder mit Vorschlägen wenden. S. bittet die Versammlung, seinen Antrag anzunehmen und Ergänzungen zur weiteren Ausführung desselben zu machen.

Aussprache:

Herr *Heller.*

Herr *Bruhns.*

Herr *Edmund Saalfeld* (Schlußwort): S. glaubt, daß die Ausführungen der Herren *Heller* und *Bruhns* mit den seinigen sich sehr wohl vereinigen lassen und hofft, daß, wenn sein Antrag angenommen wird, für die Gesellschaft ein ersprießliches Resultat gezeitigt wird.

Der Antrag wird angenommen.

Digitized by Google

Wissenschaftlicher Teil.

Herr *Franz Blumenthal: Fall von Melkerknoten.*

Es handelt sich um ein 19jähriges junges Mädchen, das im 13. Lebensjahr mit Erfolg geimpft worden ist; zur Zeit ist sie in der Kuhmelkerei ihres Vaters tätig. Vor 4 Wochen wurde eine neue Kuh eingestellt, auf deren Euter sich Warzen fanden. Vor 14 Tagen traten bei der Patientin auf beiden Händen Knoten auf, die sie für Warzen hielt. Sie entstanden sämtlich gleichzeitig. Nach einigen Tagen röteten sie sich und fingen an, zu nässen. 10 Tage später zeigten sich Rötungen an beiden Unterarmen.

Auf beiden Handrücken finden sich zahlreiche derbe Knoten, die in der Mitte gedellt und teilweise mit einer Kruste bedeckt sind, nach deren Ablösung eine Wundfläche zutage tritt, auf der sich graugelbe, stecknadelkopfgroße Belege befinden. Die Effloreszenzen sind sämtlich von gleicher Größe, im Durchmesser 0,7 mm groß und 2—3 mm hoch, sie haben bräunlich-rote Farbe und derb-weiche Konsistenz.

Bei einzelnen Knötchen hebt sich die Oberfläche blasig ab, es kommt zu derben, prallen, mit einer blutig serösen Flüssigkeit gefüllten blasigen Abhebungen, die keine Neigung zeigen, von selbst zu platzen. Nach Abtragen mit der Schere sieht man den Grund als eine hochrote entzündliche Fläche, die sich unter Dermatol-Puderung schnell überhäutet.

An beiden Unterarmen finden sich an den Beugeseiten großfleckige Erytheme von hochroter Farbe. Die Achseldrüsen sind beiderseits geschwollen, hochempfindlich und verschieblich; die Schwellung der rechten Achseldrüsen ist etwas stärker als die der linken. Fieber bestand nicht. Urin frei von Eiweiß.

Es handelt sich hier um eine Berufsinfektion mit Vakzine. Von dem erkrankten Euter der Kuh hat beim Melken eine Übertragung auf die Hände der Melkerin stattgefunden. Dementsprechend ist die rechte Hand stärker befallen als die linke, und die beim Melken besonders stark in Anspruch genommenen Hautstellen zeigen die meisten Effloreszenzen.

Über den Begriff der Melkerknoten ist jetzt endgültig Klarheit erzielt worden; es ist streng zu trennen zwischen den durch mechanische Einwirkung entstehenden Melkerschwielen, den durch Schmutzinfektion und Fremdkörper beim Melken entstehenden knotigen Gebilden und den echten Melkerknoten. Bei diesen hat *Gottron* durch Wiederübertragung auf die Kuh nachgewiesen, daß es sich um echte Vakzineinfektion handelt. Für echte Vakzine spricht auch das an den Händen 10 Tage später aufgetretene Erythem, welches, wie auch *Gottron* bei Gelegenheit des von *Löhe* in dieser Gesellschaft demonstrierten Falles betont hat, ganz mit denen bei Vakzine und Variolois auftretenden Exanthem übereinstimmt.

Herr *Franz Blumenthal: Fall von Aktinomykose.*

Junge Landarbeiterin von 17 Jahren. Angeblich vor 2 Jahren erkrankt. Sie soll die Gewohnheit haben, an Strohhalmen zu kauen.

Die ganze linke Wange bis an das Auge heran ist geschwollen und mit zahlreichen von lividrotem Gewebe umgebenen Fistelöffnungen bedeckt, die fast den ganzen Hals mit einnehmen. Der Grund ist bretthart infiltriert, und aus den zahlreichen Öffnungen entleert sich hellgelber Eiter. An der Innenseite der linken Wange ist die Schleimhaut knotig infiltriert und unregelmäßig zerklüftet; es besteht mäßige Kieferklemme. In dem gelben Eiter finden sich krümelige Massen. Aktinomyzesdrusen sind mikroskopisch nicht nachzuweisen, wohl aber finden sich zahlreiche grampositive typische Aktinomyzesstäbchen

Digitized by Google

im Eiter. Die Seroreaktion auf Syphilis ist negativ. Was die Therapie anbelangt, so stellt ja auch nach Ansicht der Chirurgen die Röntgenbehandlung die Methode der Wahl dar, daneben erhält die Patientin Jodkali.

Aussprache:

Herr *Gottron.*

Herr *W. Richter* berichtet über günstige Resultate mit Umspritzung von 10% Jodoformglyzerin. Er legt in die Umgebung des Herdes, je nach Größe desselben, in zirka 2 mm Abstand, 6—10 Quaddeln à 0,1 ccm der Jodoformglyzerinlösung an. Diese Behandlung wurde mit Abstand von 3 Tagen nach Bedarf wiederholt. Redner hat mit dieser Methode 3 Fälle geheilt.

Herr *Gottron* (Universitäts-Hautklinik):

Das Besondere der *Pityriasis lichenoides* bei diesem 34jährigen Mann ist vor allem in dem akuten Beginn der Erkrankung zu erblicken. Innerhalb weniger Tage entwickelte sich die Aussaat des Exanthems. Dieses ist vor allem an den Extremitäten (Streck- wie Beugeseiten) und insbesondere auch an den Händen (Handinnenfläche und Handrücken) lokalisiert, während nur im beschränkten Umfang der Rumpf in seinen seitlichen Teilen Sitz der Erkrankung ist. Außerdem hat sich die Erkrankung im Bereich des Gesichts — Nasenrücken, Nasenflügel, Oberlippe, Kinn — des Halses und des Nackens und vor allem auch im Bereich der Genitalien — Penisschaft und Skrotum — ausgebreitet. Im Beginn der Erkrankung waren in der Hauptsache nur mäßig infiltrierte, bräunlich-rote, papulöse Effloreszenzen vorhanden, die nur eine mäßig ausgesprochene Schuppung aufwiesen. Die charakteristischen, kollodiumartig aufgeklebten Gebilde kamen nur ganz vereinzelt zu Gesicht. In den Achselhöhlen und den Inguinalbeugen waren vergrößerte Drüsen tastbar.

Aufmerksam machen will ich dann noch darauf, daß ein Teil der Effloreszenzen einen hämorrhagisch-nekrotischen Charakter angenommen hat, wie das ja so oft bei den akut einsetzenden Formen der Pityriasis lichenoides der Fall ist. Bemerkenswerterweise bildete sich die hämorrhagische Note bei einigen Effloreszenzen am linken Unterarm während des Anlegens der Stauungsbinde aus, so daß wir es gewissermaßen mit einem Rumpel-Leede, der fokal im Bereich der Effloreszenzen lokalisiert ist, zu tun haben.

Wassermann und Pirquet sind negativ.

Herr *Jacobi* (Universitäts-Hautklinik): Ein Fall von *Granuloma annulare.*

Ein Fall von großknotigem Granuloma annulare bei einem 6jährigen Knaben, der klinisch bemerkenswert ist durch die Lokalisation der Herde ausschließlich an den Beugeseiten der Finger und der Handinnenflächen sowie durch Gestalt und Größe der einzelnen Herde.

Klinisch handelt es sich um großknotige, Kutis und Subkutis durchsetzende, nicht scharf abgrenzbare Infiltrate von Haselnuß- bis Markstückgröße, auf deren Höhe sich typische, in Ringen angeordnete, bis linsengroße, die mittleren und tieferen Schichten der Kutis durchsetzende elfenbeinfarbene Knötchen finden.

Die histologische Untersuchung ergab das für Granuloma annulare charakteristische Bild.

Klinisch und röntgenologisch (Platte) ergab sich kein Anhaltspunkt für Tuberkulose. Pirquet negativ.

Im Anschluß an die Probeexzision ist eine sichtliche Rückbildung sämtlicher Herde eingetreten.

Digitized by Google

Herr *Bruhns: Dermatitis reticularis atrophicans.*

54jährige Frau, vor 7 Jahren Neuralgien im Beinen und Armen, anscheinend im Anschluß an Erkältung. Danach Beginn der jetzigen Hauterkrankung an den Oberschenkeln, dann wurden Hals, Brust, Rumpf in diffuser Weise, Arme etwas streifenförmig befallen. Zunächst bemerkte Patientin weiße Flecken, dabei ganz leichte Schilferung, keinerlei Rötung oder Entzündung, dann folgte Auftreten von Pigmentation. Man sieht jetzt bei der großen, fettleibigen Frau ein ganzes Netzwerk von atrophischen, eingezogenen bläulich-weißen Flecken, die etwa linsengroß sind, teils darüber, teils auch darunter, zwischen den atrophischen Stellen, die im Niveau der normalen Haut stehenden netzförmig angeordneten Grenzlinien. Ganz unregelmäßig dazwischen angeordnet braune Flecken, größer und kleiner. Die Hautvenen scheinen an vielen Stellen durch. Aber es sind keinerlei Teleangiektasien oder hämorrhagische Punkte zu sehen. Es besteht keinerlei Hautverhärtung wie bei Sklerodermie. Histologisch zeigt ein Stück der Rückenhaut Verstrichensein der Papillarlinie, ferner Lymphseen wie bei Lichen ruber, aber keinerlei besondere Zellinfiltration, auch keinerlei Verdichtung des Bindegewebes wie bei Sklerodermie. Gegenüber der idiopathischen Hautatrophie fällt hier die regelmäßige Netzbildung auf. Das Bild würde durchaus mit den Erscheinungen der Poikilodermie übereinstimmen, wenn nicht die kleinen Teleangiektasien und hämorrhagischen Punkte ganz fehlten. Der Mangel vorangegangener Entzündungserscheinungen spricht auch ganz gegen Lupus erythematodes und Lichen ruber. Das ungewöhnliche Bild muß als Dermatitis oder wegen des Fehlens entzündlicher Prozesse besser als Dermatosis reticularis atrophicans bezeichnet werden, und es sei nur daran erinnert, daß bei stellenweise lokalisierter Poikilodermie neben typischen Hautveränderungen auch Gebiete vorkommen können, in denen nur die netzförmige Atrophie mit Pigmentationen ohne Teleangiektasien ausgebildet ist.

Aussprache:

Herr *L. Pulvermacher* weist auf die sklerodermatische Beschaffenheit der Haut an dem vorderen Teil des Rumpfes und bittet, wenn angängig, um eine Exzision eines Hautstückes aus dieser Gegend. Er möchte in dem vorliegenden Fall eine Sklerodermie sehen.

Herr *Bruhns:* Herrn *Pulvermacher* möchte ich erwidern, daß m. E. die schwere Faltbarkeit der Haut doch nur auf das starke Fettpolster geschoben werden kann, und keine eigentliche Verhärtung der Haut fühlbar ist. Die rein netzförmige Anordnung, und vor allem auch das Fehlen jeder Verdichtung im Bindegewebe im mikroskopischen Bilde sprechen auch ganz gegen die Annahme einer Sklerodermie.

Herr *Bruhns: Folliculitis capitis abscedens et suffodiens (E. Hoffmann).*

Typisches, wenn auch noch nicht sehr ausgeprägtes Bild bei jungem Mann, seit 2 Jahren bestehend.

Herr *Funk* (Abt. Prof. *Löhe*): 1. *Tertiäre, ulzeröse Lues.*

Familienanamnese o. B. Patient hatte 1908 Go. 1910 Bubo (Ulcus molle), 1912 Luesinfektion, erste Kur. Von 1912 bis 1924 erscheinungsfrei und ohne Behandlung. 1924 Geschwüre im Mund, zwei kombinierte Kuren; Mitte Oktober 1927 Auftreten von Geschwüren auf der linken Schulter, Hüftgürtel und Schluckbeschwerden.

Digitized by Google

Befund: Dreimarkstückgroße papulöse Effloreszenz in der Scheitelgegend mit sehr stark wuchernder papilliformer, etwas nässender Oberfläche (frambösiformes Syphilid). Ferner handtellergroßer Herd auf dem linken Schulterblatt, der aus etwa durchschnittlich linsengroßen, derb infiltrierten, braunroten, zum Teil ulzerierten Knötchen besteht. Die Knötchen stehen zum Teil isoliert, zum Teil sind sie zu größeren Geschwüren konfluiert (tuberoserpiginöses Syphilid). Auf den Tonsillen schmierig belegte Ulzera. Wa.R. ++++. Therapie: Jod, Neosalvarsan, Bismuth.

2. *Großes Gummi der Nase.* (Mit karzinomatöser Entartung).

31jähriger Mann. 1926 wegen positiver Wa.R. im Dortmunder Krankenhaus antiluetisch mit kombinierter Kur behandelt. Infektio venerea negatur. Familienanamnese o. B. Im Juni 1927 trat ein kleiner roter „Pickel" in der linken Nasolabialfalte auf, der stark juckte und sich allmählich vergrößerte. Befund: Zerstörung des linken Nasenflügels durch ein auf die angrenzenden Wangenpartien übergreifendes Geschwür von $4 \times 3{,}7$ cm Größe. Der Geschwürsgrund ist mit dicken Nekrosen bedeckt. Die bogig begrenzten, stark infiltrierten Ränder weisen an einzelnen Stellen einen leicht erhabenen perlgrauen, stellenweise fast narbigen Saum auf. Die gummöse Infiltration in der Tiefe erstreckt sich auf den Oberkiefer, die angrenzenden Partien der Wange und der Nase. Unter der Therapie (Neosalvarsan, Bismuth und Jodkali) Reinigung des Geschwürgrundes und fortschreitende Besserung.

Zusatz. Die inzwischen erfolgte histologische Untersuchung des oben erwähnten perlgrauen Saumes ergab ein Basalzellenkarzinom, das jetzt mit Radium behandelt wird.

3. *Lues gummosa faciei* mit schweren, narbigen an echte Variolanarben erinnernden Veränderungen der ganzen Gesichtshaut und des Halses.

46jähriger Mann. Luesinfektion unbekannt. Familienanamnese o. B. 1900 Gonorrhöe. Vor 12 Jahren begann im Nacken die jetzige Erkrankung mit etwa kirschkerngroßen Knoten, die zerfielen und mit Narben abheilten. Der Patient war bis jetzt ohne Behandlung.

Befund bei der Aufnahme am 5. 10. 1927: Das ganze Gesicht, die vordere Hälfte des behaarten Kopfes und der ganze Hals sind mit mehr oder minder tief eingezogenen, feinstrahligen Narben durchzogen, die unregelmäßig figurierte, normale Hautinseln einschließen. An den jetzt frischroten Narbenzügen, die von der Glabella auf dem Nasenrücken abwärts ziehen, und an der Nasenspitze, sowie am Naseneingang und linken Mundwinkel befanden sich mehrere oberflächlich ulzerierte Infiltrate; an der Schleimhaut des Gaumens und des Zahnfleisches eine Reihe von linsen- bis erbsengroßen Geschwüren mit eitrigbelegtem Grund. Wa.R. ++++, M.T.R. ++. Unter Schmierkur Jodkali und kleinen Dosen von Natriumsalvarsan Abheilung.

Die vorgestellten Fälle, die noch um eine Reihe von anderen Kranken mit tertiärsyphilitischen Veränderungen hätten vermehrt werden können, wurden nicht nur wegen der klinischen Erscheinungen vorgestellt, sondern um auch eine kurze Beobachtung mitzuteilen, die wir in den letzten Wochen haben machen können. Die Lueskurve, welche in dem ersten Dreivierteljahr einen wesentlichen Rückgang in unserem Material aufwies, zeigt nämlich im September, Oktober eine erhebliche Zunahme. Unter den 83 Zugängen von Lues (28 Männer und 55 Frauen) fanden sich:

7 Fälle von Lues I (darunter 1 Fall mit 35 P. A. auf der Glans, dem

Digitized by Google

inneren und äußeren Vorhautblatt auf dem Boden einer Balanitis erosiva). 29 frische Fälle von Lues II und nicht weniger als 16 Fälle von Lues III.

Die übrigen Fälle von Lues verteilen sich auf Lues latens mit positiver Wa.R. 16 Fälle von Lues latens, 13 Fälle von Lues cerebri, 1 Progressive Paralyse, 3 Tabes dors., 3 Lues congenit.

Dieses Anschwellen ist um so bemerkenswerter, weil es einerseits in eine Periode fällt, in der die Frage der Epidemiologie der Lues breit erörtert wird, andererseits gerade in dieser Zeit die Aufklärung über Geschlechtskrankheiten auf Grund des neuen Gesetzes stattgefunden hat. Ob es sich bei den zahlreichen Zugängen um eine im ursächlichen Zusammenhang mit der Aufklärung stehende Zunahme handelte, vermögen wir bis jetzt nicht zu entscheiden.

Herr *R. Ledermann:* a) Fall 1. Der vorgestellte 51jährige Patient, seit 7 Jahren Witwer, leidet an einem typischen *Keratoma palmare et plantare hereditarium.* Das Leiden besteht bei ihm, solange er denken kann. Infolge der dicken Hornauflagerungen ist die Beweglichkeit der Finger so beschränkt, daß er seine Tätigkeit als Landarbeiter zur Zeit der Aufnahme in die Klinik nicht ausüben konnte. Es besteht außer dem Keratom an Handteller und Fußsohlen eine Dystrophie der Nägel der Füße. Der Patient bietet sonst keine abnormen körperlichen Erscheinungen. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker; die Intelligenz ist gut. *Auffallend* ist die *Familiengeschichte.* Die *gleiche* Affektion wurde beobachtet *bei der Großmutter mütterlicherseits,* die verstorben ist. Sie ist vorhanden bei der *72jährigen Mutter* und *48jährigen Schwester* des Patienten. Desgleichen sind erkrankt *die Söhne der Schwester* im Alter von *22* und *17 Jahren* sowie eine *10 Jahre alte Tochter.*

Nach Ansicht der meisten Autoren handelt es sich um eine Genodermatose, eine Affektion von nävusartigem Charakter. Dafür sprechen nach *Rolleston* die Vererblichkeit, das kongenitale Auftreten, das unveränderliche Krankheitsbild und die Unheilbarkeit. *Buschke* und *Fischer* nehmen die Möglichkeit einer angeborenen trophoneurotischen Grundlage neben der Bildungsanomalie an. Auch inkretorische Vorgänge werden zur Erklärung der Ätiologie dieser Affektion herbeigezogen. *Levy-Franckel* und *Justez* fanden in einem Falle gleichzeitig eine Hypoplasie der Thyreoidea und der Testes. Auch *Balassa* beobachtete gleichzeitig Symptome von Hypothyreose. Er will durch Schilddrüsensubstanz eine ausgesprochene Besserung im Sinne sukkulenter Auflockerung beobachtet haben. *W. Fischer* lehnt aber die besondere Bewertung des Hypothyreoidismus ab. *E. Giese* sah bei einem 30jährigen Manne gleichzeitig zahlreiche Degenerationszeichen: Oxykranie, Asymmetrie des Gesichts, Alopezie des Hinterkopfes, Kolbenfinger. Da auf Adrenalinzufuhr ein stärkerer Schock beobachtet wurde, so nahm Verf. Funktionsstörungen der Keim- und Suprarenaldrüsen an. Die an beiden Arteriae brachiales ausgeführte Sympathektomie blieb ohne Erfolg. *Hart-Draut* fanden in einem Falle von Keratoma bei einem 6jährigen Mädchen die Sella turcica röntgenologisch vergrößert. Schließlich hat man bei dieser Affektion auch gleichzeitig Störungen der weiblichen Geschlechtsfunktionen (Menstruationsstörungen) beobachtet *(Oppenheim, Wagner).*

Fall 2. Der zweite Patient, ein älterer Herr, leidet an einer *Elephantiasis* der *Oberlippe,* der *Wangen* und *oberen und unteren Augenlider.* Die Affektion soll im Jahre 1921 mit einem Ekzem der Oberlippe und einer geringen Schleimabsonderung des linken Auges begonnen haben. Es scheint, daß unter

Digitized by Google

leichten erysipelatösen Schüben zunächst eine Schwellung der linken, später der rechtsseitigen Augenlider aufgetreten ist. Zur Zeit ist die Oberlippe stark verdickt und mit anhaftenden Schuppen bedeckt. Die Wangen sind leicht gerötet und stark infiltriert, die Augenlider hängen wie dicke Säcke herunter und decken in gewissen Stellungen die Lidspalte zu. Die Untersuchung der Nase ergibt keine entzündlichen Veränderungen des Naseninnern und der angrenzenden Nebenhöhlen. Der Röntgenbefund läßt die Grenzen der rechten Stirnhöhle nicht scharf erkennen. Sonst besteht eine Deviation des Nasenseptums nach links. Die rechte Kieferhöhle erscheint kleiner als die linke, die rechte Nasenhälfte erweitert. Der Patient ist bezüglich der nicht ganz klaren Ätiologie der Affektion nach verschiedenster Richtung hin untersucht worden. Man hat auf Blei- und Schwefelsäurevergiftung gefahndet, die Diagnose auf Lupus erythematodes gestellt. Am wahrscheinlichsten ist die von verschiedener Seite betonte Annahme einer okkulten Streptokokkeninfektion, nur daß der Sitz derselben sich nicht mit Sicherheit feststellen läßt. Alle Behandlungsversuche sind bisher fehlgeschlagen. Die jetzt eingeleitete Behandlung besteht in Röntgenbestrahlung und parenteralen Einspritzungen. Redner bittet die Versammlung, ihm weitere Behandlungsvorschläge zu machen.

Aussprache:

Herr *Franz Rosenthal:* Bei einem ähnlichen einseitig aufgetretenen toxischen Ödem nach Erysipel, bei dem auch die Lidschwellung besonders auffällig ist, beabsichtige ich eine Scharlachheilserumeinspritzung vorzunehmen, das sich bei frischem Erysipel als besonders wirksam erwiesen hat. Man muß annehmen, daß hämolytische Streptokokken durch Abspaltung von Gewebsgiften bei der Entstehung solcher schwer beeinflußbarer Ödeme eine Rolle spielen. Das Vorhandensein von Streptokokken wird durch das Wiederaufflackern des Erysipels aus dem ödematösen Gebiet heraus bewiesen.

Herr *J. Heller.*

Herr *Franz Blumenthal.*

Herr *Kleeberg:* 1. *Lymphangioma circumscriptum.*

20 jähriger Patient. Als Kind von 2 Jahren nach Verletzung am l. Fuß Blutvergiftung. Sechs Inzisionen am l. Ober- und Unterschenkel. Erst seit dem 14. Lebensjahr merkt der Patient um die Narben auf dem l. Oberschenkel netzförmige Adern mit dunklen Punkten, aus denen sich manchmal unerwartet große Mengen blutig gefärbter klebriger Flüssigkeit entleert.

Am l. Ober- und Unterschenkel recht breite Längsschnittnarben. An den beiden Seiten einer langen Narbe an der Innenseite des l. Oberschenkels ausgedehnte rankenförmige Blutgefäßerweiterungen, die sich nach außen bis zur Hüfte hinziehen; in ihnen meist in Gruppen angeordnete livide rote, stecknadelkopfgroße Bläschen, die auf Druck vollkommen verschwinden und dann wieder emporschnellen. Die Haut zwischen den Bläschen ist unverändert. Manchmal platzt ein Bläschen, und es entleert sich aus einer stecknadelkopfgroßen Öffnung eine unerwartet große Menge dünnflüssiger, blutiggefärbter Lymphe (in 1 Stunde einmal etwa $^1/_4$ l). Bei diesem Fall von Lymphangioma circumscriptum ist auffallend die Lokalisation am Oberschenkel, das Auftreten erst im 14. Lebensjahr, die Anordnung in und um die Narben.

Das histologische Bild eines Bläschens zeigt unter dem auf wenige Zelllagen verdünnten Epithel dicht angeschlossen ohne bindegewebigen Zwischenraum verschieden große, meist birnenförmige von Endothel ausgekleidete

Digitized by Google

zystische Räume, die mit tiefergelegenen verschieden stark erweiterten Lymphgefäßen kommunizieren.

2. *Urtikaria nach Normakol.*

40jährige Patientin bekam nach der erstmaligen Einnahme eines Eßlöffels Normakol ausgedehnte Urtikaria unter anaphylaktischen Erscheinungen (Atemnot, Herzbeschleunigung, Bewußtlosigkeit). Nach Calcium Sandoz intravenös, Koffein, Kampfer Erholung. Nach einer Woche wieder nach derselben Dosis die gleichen schweren Erscheinungen mit Auftreten der Urtikaria. (Beobachtung Dr. *Grudenberg.*)

Normakol besteht aus einem Pflanzenschleim der Bassorinreihe, dem geringe Mengen — etwa $^1/_{10}$ der sonst angewandten Dosis — Rhamnus frangula beigesetzt sind. Normakol, das kein Eiweiß enthält, wirkt nur als „Schiebemittel", ist eine vollkommen unverdauliche Substanz und wird nicht resorbiert. Es kann sich deshalb wahrscheinlich nur um eine Überempfindlichkeit gegen den Zusatz von Faulbaumrinde handeln.

Bemerkenswert ist, daß die Patientin vor 4 Jahren während der Entbindung unter Narkose eine Urtikaria bekam, später noch einmal bei der Narkose zur Tonsillektomie, und 1925 unter Schüttelfrost 40° Fieber an Urtikaria erkrankte und danach eine Arthritis des r. Handgelenks auftrat.

Herr *Franz Rosenthal: Myxödemähnliche Hartmannsche Krankheit.*

Bei einer sehr nervösen, beruflich überlasteten 37jährigen Frau treten an der Stirn und an den Fingern Schwellungen auf, die sich über das ganze Gesicht und über die Arme ausdehnen. Das Gesicht bekommt dadurch maskenartigen Charakter, so daß Sprechen und Mundspitzen erschwert wird. Ein Myxödem wurde durch die Stoffwechseluntersuchung, die eher auf eine Überfunktion der Schilddrüse hinwies, ausgeschlossen. Nach Übergreifen auf die Arme und einzelne Stellen des Rückens entwickelte sich ein Krankheitsbild, wie es auch von *Hartmann* (Graz) beschrieben wurde. (Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr., Bd. 24, H. 11/12, S. 829.) Die Ursache dieser Erkrankung, die in Österreich sehr häufig zu sein scheint, ist wohl in einer neurotisch bedingten Schwäche der Kapillaren und Vasomotoren zu suchen, die zum Ödem und schließlich zur Sklerodermie führt. Durch Belladonna und Massagen wurde eine geringe Besserung schon erzielt.

Aussprache:

Herr *L. Pulvermacher* weist darauf hin, daß Hautschwellungen, wie sie in dem vorliegenden Falle zur Beobachtung kommen, bei Hyperthyreoidismus gesehen werden.

Herr *Franz Rosenthal:* Ein 41jähriger Mann hatte vor 5 und 3 Monaten ein Erysipel der einen Gesichtshälfte und schon nach dem ersten Anfall ein beträchtliches Ödem, das sich nach dem zweiten Anfall noch vermehrte. Massagen mit Lenirenin und Höhensonnenbestrahlungen haben schon eine erhebliche Abschwellung herbeigeführt. Eine Scharlachserumeinspritzung ist zwecks Bekämpfung der Streptokokken, die wohl das Ödem immer wieder hervorrufen, geplant.

Herr *Bruhns: Über das Wachstum von Pilzkulturen auf dem Nährboden Pollaccis. Demonstration von Pilzkulturen.*

Erscheint in ausführlicher Mitteilung.

Aussprache:

Herr *W. Fischer.*

Digitized by Google

Kölner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1927.

Meirowsky: Gummöse Infiltration der Gesichtshaut.

Die Anamnese deutet auf eigene Lues und Lues des früh gestorbenen Ehemanns. Gesichtshaut dunkel gerötet und infiltriert. Rückgang nach spezifischer Behandlung. *Berger* beobachtete ähnlichen Fall, der auch lange unter falscher Diagnose blieb.

Meirowsky: Alopezia atrophicans Brocq.

Auf den Hinterkopf etwa talergroße, fast haarlose Stelle. Einzelne abgebrochene Haare sichtbar.

Meirowsky: Neurofibromatosis.

Das Kind zeigt jetzt, wo es in das Pubertätsalter tritt, Neubildung von vielen Pigmentflecken. In der Familie mehrere Fälle von Recklinghausen.

Meirowsky: Adenoma sebaceum.

Über das ganze Gesicht verstreut zahllose Knötchen der Affektion sichtbar; mehrere Nävi sind vorhanden. Keine geistigen Defekte. Familienanamnese belanglos. Elektrokoagulation nach *Buschke-Langer* gibt vorzügliche kosmetische Resultate. *Salomon* (Koblenz) erzielt gleiche Erfolge schon seit 8 Jahren mit der einpoligen Forestnadel.

Meirowsky: Lichtentzündung durch elektrischen Lichtbogen.

Der Patient ist Schweißer und bekommt bei seiner Arbeit immer eine nässende Gesichtsentzündung. *Berger* sah solche Entzündung auf der Brust, was durch kegelförmige Ausstrahlung des Lichtbogens erklärt wird.

Berger: Lupus erythematodes.

Herde im Gesicht, auf der Kopfhaut und an den Ohren, die zum Teil den Charakter eines seborrhoischen Ekzems zeigen. *Salomon* verwendet Triphal, *Falkenstein* nur noch Aurophos, von dem er, im Gegensatz zu Triphal, nie Zwischenfälle sah.

Berger: Pruritus bei Lymphogranulomatose.

Hautjucken. Befund war retrosternaler Tumor, der bei Operation als Lymphogranulom erkannt wurde. Erst spät wurden die oberflächlichen Drüsen befallen. Nach Bestrahlung Besserung, auch des Pruritus.

Berger: Venenklappen der Fersenhaut.

Derbe Knötchen in der Knöchelgegend beider Füße, die jedoch nur beim Auftreten erscheinen, bei Entlastung der Füße verschwinden.

Krayn: Sclerodermia circumscripta.

Herde auf Brust und Seite, zum Teil mit schönem Lilacring.

Dreyer: Angiofibrom.

Vor 13 Jahren Granatsplitterverletzung; dann allmählich wuchs und verschwand wieder eine kleine fleischfarbene Geschwulst unterhalb des rechten Auges an der Stelle der ehemaligen Verletzung. Es blieb die glasige, segmentierte, von feiner Epidermis bedeckte Geschwulst, die mit Venektasien überzogen war. Radiumbehandlung erfolgreich.

Dreyer: Alopezia areata totalis.

Totaler Haarausfall bis auf die Achselhaare. Vor 8 Jahren mit fünf Kuren behandelte Lues. Wa.R. negativ. Auf Höhensonnenbestrahlung allmählich Wiederkehr der Haare.

Digitized by Google

Dreyer: Lues framboesiformis.

Frambösiforme Papeln auf den linken Nates. 38jährige Frau. Lues ignota.

Dreyer: Pityriasis versicolor.

Haut seitlich am Hals gerötet und fein gefältelt. In den Schuppen Pilze. Vater wegen gleicher, den ganzen Rumpf überziehender Pityriasis vor Jahren behandelt.

Dreyer: Acrodermatitis hiemalis pustulosa (Radcliffe-Crocker).

Anamnestische Apizitis. Bei 25jährigem Mädchen kehrt im Winter jedesmal ein aus linsengroßen Pusteln bestehender Ausschlag an den Extremitäten wieder, der mit Atrophien ausheilt. Auch Pusteln auf dem Gesäß. Vortr. faßt die Erkrankung als Tuberkulid auf.

Aus der Universitätshautklinik.

Krantz: Lichen scrophulosorum.

Bisher gesundes Kind. Kränkelt seit Frühjahr. Hilusdrüsentuberkulose nachgewiesen. Auf dem ganzen Körper verbreitet ein aus kleinen Papeln bestehendes, schuppendes Exanthem.

Sitzung vom 25. November 1927.

Salomon (Koblenz): *Erythema acutum centrifugum annulare multiplex.*

Auf der Haut des ganzen Körpers findet man urtikarielle rote, manchmal blaurote Halbringe, die nach Abheilung eine starke Pigmentierung, auch im Innern des Ringes, hinterlassen. Die Einzeleffloreszenzen sind als dem Erythema multiforme nahestehend anzusehen. *Dreyer* meint, daß Pigmentierung und Lokalisation auf Dermatitis herpetiformis hindeuteten. *Zinßer* sieht die Erkrankung als eine Urticaria gyrata an.

Selbach (Wiesdorf): *Lupus erythematodes.*

Im Krieg sind dem Patienten in Rußland beide Ohren erfroren. Vor 10 Jahren litt er an Knochentuberkulose des Unterkiefers. Es entwickelten sich im Lauf der Zeit von den Ohren ausgehend beiderseits etwa handtellergroße Herde.

Kretz: Lichen ruber striatus.

An der Beugeseite des linken Beins zieht sich ein oben zirka 2 cm, unten 5—6 cm breiter Streifen von Lichenknötchen, zum Teil verhornt bis zum Fuß hinab. Am rechten Bein und an den Armen Einzelherde. Schleimhaut frei. *Berger* glaubt an Zusammenhang der eigenartigen Lokalisation mit dem Nervensystem; *Zinßer* nimmt Varizen und den Verlauf der Hautvenen als ursächlich hierfür an.

Dreyer: Urticaria chronica recidivans.

Die 38jährige Kranke, die an dauernden Urtikariarezidiven leidet, hat 0,3 Arsen erhalten. Jetzt zeigt sich eine starke Pigmentverschiebung am Hals und an den Armen, die nicht auf die Arsengaben zurückgeführt wird.

Dreyer: Komedonennävus.

Seit früher Jugend auf den Schulterblättern in fünfmarkstückgroßen Bezirken gruppierte Komedonen, die nävusartigen Eindruck machen. *Zinßer* findet neben den Komedonen narbige Veränderungen neben atrophischer Haut, wie er es im Gebiet von Zosternarben beobachten konnte. *Dreyer* sah gleichfalls Komedonen in Zosternarben, die aber später verschwanden. Die Narben des vorliegenden Falles werden auf Akne zurückgeführt.

Digitized by Google

Dreyer: Parapsoriasis.

Bei dem 13jährigen Knaben findet man über die ganze Haut verstreut Plaques bis Talergröße. Die Haut ist in diesen Bezirken leicht gerötet, fein gefältet und in der Mitte leicht schuppend. Am Hals leicht erhabene Knötchen.

Dreyer: Leukoplakie der Zunge.

Ältere Frau, die seit 20 Jahren an Ekzem und Magenstörungen leidet. Am linken Zungenrand und in Zungenmitte scharf umschriebener, weißlich verfärbter Bezirk ohne Knötchen, der seit 1½ Jahren unverändert besteht.

Falkenstein: Dermatis symmetrica (artificialis?).

49jähriger Anstreicher. Seit 8 Tagen leidet Pat. an Hautentzündungen an den Streckseiten der Unterarme, um die Achselhöhlen, auf Brust und Rücken und Nacken, fast überall symmetrisch angeordnet. Im Nacken und an den Armen Blasen bis bohnengroß, mit teils klarem, teils hämorrhagischem Inhalt. Abheilung erfolgt sehr rasch unter indifferenter Behandlung. Die Erkrankung entspricht der Dermatitis dysmenorrhoica symmetrica *Matzenauer-Polland* der Frauen in ihrem Aussehen. *Seligmann* sah mehrfach symmetrische, schnell vorübergehende Dermatitiden und glaubt nicht an Artefakte in solchen Fällen.

Birkner: Genitalhypoplasie.

20jähriger Patient mit normalem Haarwuchs in Achselhöhle und den Pubes. Penis von halber Kleinfingergröße. Hoden im Leistenkanal. Erektionen sollen stattgefunden haben. Bemerkenswert ist das Fehlen der Calvities frontalis.

Aus der Universitätshautklinik.

Zinßer: Pernakrankheit.

Das junge Mädchen hat in einer Fabrik elektrischer Zünder mit gechlorten Kohlenwasserstoffen gearbeitet. Jetzt zeigt sich eine über den ganzen Körper in dichtester Aussaat verbreitete Komedonenakne. *Dreyer* hält die Entstehung auf innerlichem Weg mit Ausscheidung des schädlichen Agens durch die Hautdrüsen für wahrscheinlich. *Fritz Falkenstein* (Köln).

Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiew.

Sitzung am 3. April 1927.

Vorsitzender: *A. Tischnenko.* Schriftführer: *L. Slutzky.*

Aus der Klinik von *A. Tischnenko* zeigten:

1. *S. Poplawsky: Trophoedema* der unteren Orbikularregion bei einem 18jährigen Schachtarbeiter. Innere Organe, Nervensystem o. B. Geschlechtsorgane, Prostata von kleiner Dimension. Keine Libido. Wachstum der Schamhaare nach Frauentypus. Familienanamnese nichts Besonderes. *A. Tischnenko* führt das Leiden auf eine Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen zurück.

2. *F. Koljada: Lupus vulgaris* der Nase und harten Gaumens, kombiniert mit *Lichen scrophulosorum* am Stamm bei einem 7jährigen Mädchen. Pirquet (25% Alttuberkulin) — stark positiv.

3. *Derselbe* demonstrierte einen 2jährigen Knaben mit zahlreichen *Scrophuloderm*en am Kinn und Leistengegend, *Lichen Scrophulosorum* am Rumpf und *Follikel*n an den unteren Extremitäten. Pirquet stark positiv.

4. *A. Lebedew: Lupus erythematodes* bei einer 23jährigen Frau. Sichtbare Besserung nach Krysolgantherapie (sieben Injektionen im Laufe von

Digitized by Google

3½ Monaten. Dos. 0,0001—0,001, Gesamtdose 0,0036). Keine Störung des Allgemeinbefindens.

5. *L. Christin: Erythema induratum Bazin der Unterschenkel* bei einem 16jährigen Mädchen. Das Leiden schwindet im Sommer, rezidiviert im Herbst. Mit 12 Jahren litt Patientin an Tuberkulose der Submaxillardrüsen, mit 14 Jahren an Bluthusten. Im Röntgenbilde Verdichtung der Paratrachealdrüsen. Pirquet — positiv. Wa.R. — negativ. Mikroskopisch — schmale Epidermalschicht, Infiltration der Blutgefäße und des Unterhautzellgewebes.

6. *M. Wischnepolsky: Lupus erythematodes* kombiniert mit Tuberkulose der Gelenke bei einer 42jährigen Frau.

7. *Derselbe* — einen 42jährigen Mann mit *Lupus erythematodes* gut beeinflußt durch Behandlung mit intravenösen Injektionen von Chinin. muriat. und nachfolgendem Bestreichen der affizierten Herde mit Tinct. jodi (Modifikation der Holländerschen Methode).

8. *E. Back-Slutzky* (Zentrale Kinderpoliklinik) zeigte einen 11jährigen Knaben mit *Morbus Recklinghausen.* Zahlreiche Café-au-lait-Flecke, ephelidenartige Flecke am Rumpf, am Halse bandförmig gelagert. Zahllose Neurofibrome von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße längs der Interkostalnerven gelagert. Ein pflaumengroßes Neurinom rechts am N. ulnaris, links spindelförmige Verdickung des N. medianus. Innere Organe o. B. Psyche defektiv. Wa.R. — negativ. Im Blute Eosinoph. 8%. Familienanamnese nichts Besonderes.

9. *E. Kistiakowsky: Hypertrichosis* der Schläfen bei einem 20jährigen kongenital luetischen Manne.

10. *Derselbe* zeigte einen 45jährigen Mann mit einer säbelförmigen Deformation des linken Beines, entstanden angeblich im Laufe des letzten Jahres.

11. *L. Goldenberg: Lichen ruber planus* am Rumpf und Extremitäten. Sichtbare Besserung nach Einnahme von Kalium jodatum. (Gesamtdosis 40 g.) Heilt ab mit Hinterlassung von kleinen Pigmentfleckchen.

12. *N. Czwanoff* (Klinik Tischnenko): *Ulcus induratum der Wange* und Roseola syphilitica am Rumpf bei einer 38jährigen Frau.

13. *M. S. Robinowitsch* zeigte einen 26jährigen Mann mit *Urticaria perstans.*

Sitzung am 12. April.

Diskussion zur Sitzung am 3. April (s. o.).

F. Kaljada: Scrophuloderma, Lichen scrophulosorum. Folliklis. L. Slutzky sieht das Interesse des Falles im Übergreifen der tuberkulösen Affektion von den Lymphdrüsen auf die Haut. *E. Back-Slutzky* berichtet über gute Erfolge bei Behandlung von Lichen scroph. mit Quarzlampe. *S. Glaubersohn* teilt einen Fall mit, wo nach Quarzbestrahlungen von papulonekrotischen Tuberkuliden eine Meningitis auftrat, die zum Tode führte. *A. Tischnenko:* Lichen scrophulosorum tritt gewöhnlich bei Tuberkulose der Lymphdrüsen und Knochen auf, nicht aber der inneren Organe, und ist als eine Schutzreaktion des Organismus zu betrachten.

A. Lebedew: Lupus erythematodes nach Krysolganbehandlung. *A. Lurie* berichtet über drei von ihm behandelte Fälle, die nach Krysolgan abheilten,

Digitized by Google

in einem rezidivierte aber das Leiden. *A. Tischnenko* weist darauf hin, daß die Krysalgantherapie gut vertragen wurde und zur Besserung führte.

E. Back-Slutzky: Morbus Recklinghausen. A. Tischnenko lenkt die Aufmerksamkeit der Versammlung auf die überaus große Zahl der Neurinome.

E. Kistinkowsky: Säbelförmige Deformation des linken Beines. A. Lurie: Derartige Deformation wird nur bei Lues congenita beobachtet; das Auftreten der Affektion im späten Alter ist selten.

A. Tischnenko hält den Fall für Osteomyelitis.

Referentin *Eugenie Back-Slutzky.*

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Dermatologie.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

Freund Emanuele: **Über einen weiteren Fall von Melanodermitis toxica lichenoides et bullosa Hoffmann.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 3. S. 998.

Der von *Freund* beschriebene neue Fall von Melanodermia toxica lichenoides *Hoffmann* betrifft einen in einer Schiffskellerei beschäftigten Arbeiter, der im Ballastraum eines im Bau begriffenen Schiffes während der Arbeit den Dämpfen flüssigen Teeres ausgesetzt war. Nach etwa 3 Monaten bemerkte er im Gesicht und am Stamm schwärzliche Flecken. Es wurde folgender *Befund* erhoben: die Haut im Gesicht, am Hals und am Nacken hat eine dunkelschiefergraue Farbe, verursacht durch eine Hyperpigmentation von netzartigem Charakter und von einer Verteilung entlang den Hautgefäßen. Die Hyperpigmentation fehlt auf Thorax und Rücken vollständig, ist aber in geringerem Grade auf dem Bauche, wo sie ein großes Netz bildet, und auf der Vorderseite der Vorderarme vorhanden. Besonders deutlich ist sie auf den Stirnhöckern, wo die Haut atrophisch und leicht chagriniert erscheint, während in den Achselhöhlen ein wahrer Zustand von Spinulosismus besteht. Penis und Skrotum weisen keine besonderen Veränderungen auf. *Augenuntersuchung:* Pinguecula auf beiden Augen, eine kleine parenchymatöse Hämorrhagie in der Retina des r. Auges, und einen Fleck auf der bulbären Konjunktiva, zusammengesetzt aus ganz kleinen in verschiedener Richtung verlaufenden braunen Streifen, der zum Teil auf der bulbären Konjunktiva, zum Teil episkleral sitzt.

Histologische Untersuchung: Hyperkeratose, Verschluß der Follikel durch Hornzapfen. Das rete Malpighi, streckenweise stark atrophisch, weist perinukleäre Vakuolisation auf. Das Stratum basale ist stark verändert, seine Zellen auseinandergedrängt, bilden zahlreiche Vakuolen verschiedener Größe. Die Papillen infolge des Ödems entweder ganz geschwunden oder geschwellt. Papillarkörper und Stratum subpapillare sind der Sitz längs des Verlaufs der Gefäße angeordneter beträchtlicher kleinzelliger Infiltrate. Innerhalb und in der Umgebung dieser Infiltrate finden sich starke Chromatophorenmassen neben Körnchen freien Pigmentes. Blutgefäße stark verändert. Von den Hautadnexen weisen die Follikel und Drüsen

Digitized by Google

hyaline Degeneration infolge der zystischen Hyperkeratose und Atrophie auf. Die wenigen sichtbaren Haare zeigen ähnliche Veränderungen. Die Schweißdrüsen sind normal oder zeigen teilweise hyaline Degeneration. Die Schweißdrüsenausführungsgänge sind leicht dilatiert und werden von einem kleinzelligen Infiltrat begleitet. Das elastische Netz ist dort erhalten, wo keine kleinzellige Infiltration besteht; an Stellen der Infiltration ist es rarefiziert und fragmentiert. Die *Dopareaktion* gab folgenden Befund: mittlere Intensität in der Epidermis; im Stratum basale sieht man Melanoblasten mit den üblichen Charakteren, isoliert („diskontinuierliche Reaktion") bilden sie ein sehr feines Netz mit ihren protoplasmatischen Ausläufern. In den Follikeln ist die Reaktion noch weniger ausgesprochen. Die Melanoblasten kontrastieren stark mit den Chromatophoren durch ihre dunkelschwarze Farbe und das homogene und granulierte Pigment. In der Kutis fehlt die Dopareaktion vollständig.

Klinisch handelt es sich um einen Mann ohne organische Defekte, ausgenommen eine ausgesprochene Hyperhidrosis. Alle Prüfungen des endokrinen und Nervensystems fielen negativ aus, ebenso die verschiedenen klinischen Untersuchungsmethoden.

Freund nimmt an, daß die Hauterkrankung durch die Teerdämpfe verursacht wurde. Prädisponierend wirkte die auch durch den Befund des „Lepothrix" in den Haaren der Achselhöhle dokumentierte Hyperhidrosis. Beschleunigend auf den Prozeß wirkte das fortwährende Abreiben des Gesichts und Thorax durch den Kranken mit einem Taschentuch. Was den Verlauf betrifft, so zeigte sich nach einigen Tagen mit starker Sonnenbestrahlung eine Vermehrung der Hyperchromie im Gesicht, welcher ein starkes Ablassen der hyperpigmentierten Teile und eine Besserung der Augenveränderungen folgte. Nach dem Austritt aus dem Krankenhaus wurde die Hyperpigmentierung von neuem intensiver und blieb so bis heute.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Glaubersohn: **Über Kriegsmelanose.** Ruskij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Br. 5.

Verf. fügt zu den von *Tyschnenko* beschriebenen 2 Fällen von sogenannter Kriegsmelanose zwei eigene, in Kiew beobachtete Fälle, welche soviel beweisen, daß diese Krankheit nicht nur in Österreich, Deutschland und Frankreich vorkommt. Der eine von den beiden beschriebenen Fällen war 68 Jahre alt und Fuhrmann, der andere 62 Jahre alt und Schneider. Beide geben an, einige Jahre bereits die universale pigmentierte Haut zu haben. Die Ätiologie blieb unklar, vielleicht hat in dem einen der beiden Fälle Teergebrauch mitgespielt. Obgleich sich in beiden Fällen, außer der Pigmentation, auch miliare Knötchen fanden, entsprachen dieselben, trotz großer Ähnlichkeit mit dem Lichen ruber planus, nicht letzterer Krankheit.

A. Jordan.

O. Walter und *A. Stein:* **Primula-Dermatitis.** Klinitscheskaja Medicina 1927. Bd. 5. Nr. 1.

Verfasser stellten experimentelle Versuche mit Ätherextrakten der Primula obeonica an und überzeugten sich, daß bei jedermann entzündliche Reaktionserscheinungen hervorgerufen werden können, wobei dieselben, bei Epidermisverletzungen, verstärkt sind, aber immer lokal bleiben. Die Reaktion ist, je nach der Konzentration des Extraktes, eine verschie-

Digitized by Google

dene; am stärksten in Blasenform, welche zur Verheilung eine recht lange Zeit, bis zu 94 Tage, beanspruchen kann. Histologisch sieht man einen entzündlichen, mit Nekrose und Ödem einhergehenden Prozeß, welcher in ein chronisches Stadium übergeht, wobei sich das Epithel regeneriert, aber das entzündliche Infiltrat andauert, welches durch Vorkommen von Riesenzellen einen eigenen Charakter hat. *A. Jordan.*

Eitel: **Zur Frage der Primeldermatitis.** M. K. 1927, 22.

Unter Ablehnung von *Pinkus'* radikalem Standpunkt, alle Primeln überhaupt zu verbieten, ein Standpunkt, gegen den sich auch die Gärtner begreiflicherweise sträuben würden, empfiehlt Verf. gegen die nur bei 6 % aller Menschen mögliche Primeldermatitis ein auch in Gärtnerkreisen bekanntes einfaches Mittel, nämlich Abwaschen der juckenden Hautstellen mit einer Lösung von 1—2 Eßlöffeln von Natr. bicarb. in 1 l Wasser. Lösung vor Abtrocknen noch einige Zeit wirken lassen. Erfolg augenblicklich. Wahrscheinlich wird das saure hautreizende Trichomsekret der Primel durch obige alkalische Lösung neutralisiert. Puder und Salben sollen so wenig schnellen Erfolg haben, weil unter ihnen das Primelsekret weiter arbeiten kann. Verf. weist auf dieses Verfahren nur hin zur Nachprüfung, er selbst hatte bislang nur einmal Gelegenheit es zu versuchen und dies eine Mal mit sofortigem Erfolg. *Siegfried*-Aachen.

Franz Touton-Wiesbaden: **Das Primelekzem und die modernen Heilversuche.** Knolls Mitt. f. Ärzte. 1926. H. 2.

Schilderung der bekannten Primeldermatitis und Erörterung der spontanen Empfindlichkeit, der Sensibilisierbarkeit und der Frage der praktisch sehr wichtigen Desensibilisierung. *Arthur Alexander*-Berlin.

Nestler: **Zur Kenntnis der Primeldermatitis.** M. K. 1927, 9.

Entgegnung auf *Pinkus'* Imperativ: „Fort mit den Primeln" (M. K. 1926, 37). Da die meisten der tausende Primelvarianten ebenso hübsch wie harmlos sind, wäre es unangebracht der wenigen mitunter schädlichen wegen (Primula obconica und sinensis und einige, weniger sonst angeführten, die aber nur selten kultiverti werden) alle Primeln zu verbannen. Es genüge die Kenntnis des Primelekzems möglichst zu popularisieren, was wohl schon geschehen sei und im Falle eines Verdachtes auf Primelekzem, eben aber nur dann, alle Primeln aus der Umgebung des Kranken zu entfernen, ob schädlich oder nicht. *Siegfried*-Aachen.

Anatol Kartamischew (Deutsche Univ.-Hautklinik Prag): **Weitere Untersuchungen über das Wesen des Pemphigus.** A. f. D. Bd. 148. S. 69.

Im Verfolg früherer Feststellungen stark gestörten Na-Cl-Stoffwechsels bei Pemphiguskranken wurde ein Fall acht Monate nach Heilung erneut untersucht, der auch dann, wenn auch etwas geringere, Na-Cl-Retention zeigte. Die damit nachgewiesene Ödembereitschaft auch bei Fehlen äußerer Symptome rechtfertigt die Aufstellung des Begriffes Pemphigus latens. Post mortem ließ sich retiniertes Na-Cl nicht in den Geweben nachweisen. Organotherapie blieb bei Erkrankten ohne Erfolg. NaCl-Stoffwechseluntersuchungen bieten die Möglichkeit der Frühdiagnose und der Aufklärung über die noch ungelöste Frage der Heredität. *Sinn*-Aachen.

Digitized by Google

M. Hasselmann-Frankfurt a. M.: **Über den Befund von Kettenkokken im Blut beim Pemphigus vulgaris mit folgender Parotitis purulenta.** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Bei einer an Pemphigus vulgaris erkrankten Pat. gelang es mehrmals aus dem Blut und dem Blaseninhalt Kettenkokken zu züchten. Während noch neue Blasenschübe auftraten, entwickelte sich eine Parotitis purulenta, bei der sich im Eiter ebenfalls Kettenkokken fanden. Nach mehrfacher Inzision kam die Parotitis zur Ausheilung und später heilte auch der Pemphigus unter starker Pigmentation ab. Das Vorhandensein von Kettenkokken im Blut und Blaseninhalt ist natürlich nicht beweisend dafür, daß diese Kokken ätiologisch als Erreger des Pemphigus anzusprechen sind, vielmehr können sie nach Bestehen des Pamphigus von exkoriierten Hautstellen aus in den Kreislauf gelangt sein. *Krüger*-Sagan.

O. Blatt-Lemberg: **Eine ungewöhnliche zosteriforme und pemphigoide Blaseneruption.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 3. 1927.

Bei einem 14jährigen Bauernmädchen entstand am Hals eine leicht fluktuierende Geschwulst. Etwa zwei Monate später traten am Halse Rötung und Blasenbildung auf, die sich allmählich weiter ausbreiteten. Bei der Aufnahme fanden sich im Gesicht, am Halse, besonders dicht am Brustkorb symmetrisch verteilt braunrote, quaddelartig erhabene Erythemflecke und mehrere symmetrisch verteilte prallgespannte Blasen mit serösem Inhalt am Halse, in der Umgebung der Achselhöhle und in den Ellenbeugen. Über den Verlauf des Krankheitsbildes ist zu berichten, daß die Geschwulst am Halse zunächst an Größe zunahm und ebenfalls noch eine wesentliche Verschlimmerung des Hautbefundes eintrat. Nach Spaltung der Geschwulst, aus der sich reichlich Eiter entleerte, bildete sich mit dem Hautbefund das ganze Krankheitsbild zurück. Es handelt sich also um das Auftreten von urtikariellen Hauterythemen mit nachfolgenden Blaseneruptionen im Anschluß an einen akuten eitrigen Drüsenabszeß am Halse. Die Blaseneruption zeigte eine streng symmetrische Gruppierung und metamerische Anordnung. Auf Grund dieser Merkmale wird angenommen, daß die Hautveränderungen durch eine entzündliche Alteration der Spinalganglien hervorgerufen wurde. *Krüger*-Sagan.

Moreinis und *Medwedew:* **Ein Fall von Pemphigus vegetans mit starker Retention der Chloride und Nierenhypofunktion.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

Unsere immer noch zu schwachen Kenntnisse über das Wesen des Pemphigus und besonders des P. vegetans werden bereichert durch diesen Fall; welcher zur Autopsie kam. Es erwies sich, daß die Gewebe des Darmes eine beträchtliche, diejenigen der Milz, der Leber und der Muskulatur eine geringe Zunahme des NaCl-Gehaltes, die Haut und das Rückenmark eine Verminderung des normalen NaCl-Gehaltes aufwiesen. *A. Jordan.*

L. Chalellier: **Ein Fall von Pemphigus vegetans.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 2. 1927.

Das Pemphigus vegetans, von dem *Frühwald* 220 Fälle sammelte, ist in Frankreich äußerst selten. *Ch.* beschreibt eine Beobachtung: Beginn vor 1½ Jahren auf der Mund- und Pharynxschleimhaut im Anschluß an

Digitized by Google

die Menopause. Nun Wucherungen am ganzen Körper, nicht nur in den Hautfalten. Bluteosinophilie von 28 %. *Zurhelle*-Bonn.

Felke und *H. Nagell:* **Zur Frage der Ätiologie des Pemphigus vulgaris.** Münch. med. Woch. Nr. 45. 1926.

Bei zwei Pemphigusfällen wurden sowohl aus dem Blut wie aus dem Blaseninhalt ein grampositiver diplokokker Stamm gezüchtet, der mit dem von *Eberson* als Bact. Pemphigi bezeichneten identisch zu sein scheint. Wieweit er als Erreger in Frage kommt, muß durch weitere Untersuchungen geklärt werden. *Weinstock*-Charlottenburg.

Martha Richter, **Bakteriologische Befunde bei Säuglingspemphigus.** Münch. med. Woch. Nr. 5. 1927.

In fünf Fällen von Säuglingspemphigus fanden sich im Ausstrichpräparat ein Gram positiver Diplokokkus, der auf Aszites und Blutagar Hämolyse verursachte. Verfasserin nimmt an, daß der Diplokokkus mit dem kürzlich von *Felke* und *Nagell* bei zwei Fällen von Pemphigus bei Erwachsenen beschriebenen Diplokokkus identisch sei.

Weinstock-Charlottenburg.

Bernucci, F.: **Fall von Pemphigus vegetans mit Übergang in eine Pyodermite vegetante Haliopeau.** Gionale it. 1927.

Der auf der piemonteser Sektion der ital. Ges. f. Dermatol. vorgestellte Fall betrifft eine 60jährige Frau, bei der vor zwei Jahren ein Pemphigus vulgaris auftrat, der sich nach kurzer Zeit in einen Pemphigus vegetans verwandelte. Seitdem traten keine Blasen mehr auf; seit mehreren Monaten schritten die schon in Heilung begriffenen Herde in der Weise fort, daß Pusteln an der Peripherie auftraten, die konfluierten und zur Bildung polyzyklischer Begrenzungen durch Aufhebung der infizierten Epidermis führten. Subkutane Inokulation abgeschwächster Kulturen der aus geschlossenen Pusteln gewonnenen Eitererreger führten bei der Patientin selbst zu ähnlichen Bildungen mit zentrifugaler Progression.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Ruete-Marburg: **Über Pemphigus vegetans.** D. m. W. 1927. Nr. 31.

Als ätiologischer Beitrag zu dem Krankheitsbild des Pemphigus vegetans, der nach der Zusammenstellung von *Frühwald* in 73 % der Fälle letal verläuft, wird die Krankengeschichte mit Photogrammen und histologischen Bildern eines geheilt gebliebenen Falles mitgeteilt. Die an Haut und Schleimhaut bestehenden Effloreszenzen, sowie der Allgemeinzustand zeigten eine deutliche Abhängigkeit von den bei der 37jähr. Patientin herrschenden Menstruationsstörungen, indem zunächst das Ausbleiben der Menses, später auch jedes Neueinsetzen der wieder regelmäßig sich einstellenden Blutungen das klinische Bild verschlimmerte. Nach Versagen zahlreicher Mittel wird ein *Dauererfolg* (bisher drei Jahre) nach *Röntgenkastration* und Injektion von *Autovakzine* beobachtet. Verf. kommt daher zu der Überzeugung, daß der Pemphigus vegetans weder durch bestimmte Erreger noch durch bestimmte Erkrankungen des Zentralnervensystems hervorgerufen wird, sondern lediglich ein Symptom für andere, im Körper sich abspielende Vorgänge — sei es eine Störung des Stoffwechsels oder der inneren Sekretion — ist. *O. Dittrich*-Kiel.

Digitized by Google

Crosti Agostino: **Herpes zoster bei generalisierter Sklerodermie.** Giorn. ital. die dermatol. 1927. H. 1. S. 37.

Crosti beschreibt als seltene Beobachtung einen Herpes zoster auf sklerodermatischer Haut bei einer 47jährigen Patientin mit progressiver allgemeiner Sklerodermie. Der Zoster saß am Halse und bot durch den Mangel einer entzündlichen Kutisreaktion ein klinisch abgeschwächtes Bild dar; doch war die globiforme Degeneration typisch ausgesprochen; nur einige degenerative Herde hatten sich in wahre Blasen umgewandelt, meist saßen sie als keilförmige Gebiete massiver Nekrose in dem Rete Malpighi. Die Dermatose wies daher eine besondere Trockenheit auf; sie war hyperpigmentiert, weil sie sich auf einem hyperpigmentiertem Gebiete entwickelt hatte. Der Autor erörtert die Pathogenese des Zoster, sowohl hinsichtlich seiner Beziehungen zu den nervösen Zentren, wie zu zerstörenden Veränderungen am vegetativem Nervensystem; er zieht auch die Möglichkeit eines symptomatischen Zosters mit Bezug auf die Grundkrankheit, die Sklerodermie in Betracht, wahrscheinlich aber handelt es sich nach den vorliegenden klinischen Beobachtungen um einen essentiellen Zoster. Die eventuellen Beziehungen zwischen Zoster und Sklerodermie sind noch absolut dunkel und übrigens nur sehr selten festzustellen. Die Patientin starb drei Monate nach dem Auftreten des Zoster an einer Bronchopneumonie. In den dem Zoster entsprechenden Halsganglien und in den Hintersträngen des Rückenmarks wurden weder Hämorrhagien, noch kleinzellige Infiltrate, noch degenerative Veränderungen oder Narben gefunden. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Josef Siegl: **Zum ätiologischen Zusammenhang von Herpes zoster und Varizellen.** Münch. med. Woch. Nr. 5. 1927.

Verf. impfte mit Hilfe der Skarifikationsmethode den Inhalt eines Herpeszosterbläschens auf sechs Kinder über. Nach einer Inkubationszeit von 22 bzw. 23 Tagen erkrankten zwei von den sechs geimpften Kindern an Varizellen. Ein ungeimpftes Kind erkrankte ebenfalls an Varizellen, die Infektion ist wahrscheinlich von einem geimpften Kind ausgegangen. Von den drei an Varizellen erkrankten Kindern boten zwei ein ganz charakteristisches Bild und einen typischen Krankheitsverlauf, während ein Kind nur mitigierte Varizellen zeigte.

Auf Grund dieser Beobachtung betont der Verfasser den ätiologischen Zusammenhang zwischen Varizellen und dem klinisch-idiopathischen Herpes zoster. *Weinstock*-Charlottenburg.

Die drei folgenden Referate über das gleiche Thema betreffen Vorträge, die gelegentlich der 6. jährlichen Tagung der Br. Ges. der Dermat. u. Syphilidologen in Birmingham am 19. Juli 1926 gehalten wurden.

Perdrau, **Herpetic Diseases. (Herpeskrankheiten).** Br. Journ. D. O. a. G. 1927. 1.

Verf. sucht in seinem 12 Seiten langen Vortrag den Nachweis zu erbringen, daß Herp. simpl. und febrilis durch ultramikroskopisches Virus veranlaßt werden, das saprophytisch und ubiquitär auf Schleimhäuten, besonders des Mundes, sich befindet. Dieses Agens, das für Menschen wenigstens harmlos ist, soll manche Fälle von Herpes zoster verursachen, indem es die entsprechenden, irgendwie geschädigten, hinteren Rückenmarksganglien befällt. Interessant ist, daß in den ersten drei Wochen unter

Digitized by Google

besonderem präservierenden Verfahren das Gehirn von Tieren, die gegen Herpesvirus immun gemacht wurden, eine aktivierende Wirkung in vitro auf das Herpesgift ausübt, erst in der 4.—6. Woche der Präservierung treten Herpesantikörper auf. Wir haben also hier die Antipoden: Aggressin-Antikörper. Weiter glaubt Verf., daß manche Zosterfälle einem Gift ihr Dasein verdanken, das dem der Varizellen ähnelt. Schließlich gibt es außer einem harmlosen Herpesvirusstamm auch noch einen sehr pathogenen, der zur Encephalitis lethargica führen kann, also rein neurotrop sich verhält. Dazu fünf Literaturen und zwei Mikroskopien (Querschnitt durch erkranktes Rückenmark bei Zoster und Entzündungsherd, stark vergrößert, des vorderen Horns ebendort bei Zoster.) *Siegfried*-Aachen.

Roxburgh: **The Pathological Relationship of the Herpetic Diseases from the clinical standpoint. (Pathologische Verwandtschaft der Herpeserkrankungen vom klinischen Standpunkt aus).** Br. J. o. D. a. S. 1927, 1.

Auch dieser 18 Seiten lange Vortrag befaßt sich mit den Beziehungen des Herp. febr. oder recurrens, des H. genitalis, H. zoster, der Varizellen und der Encephalitis lethargica zu einander. Überimpfungen von H. simpl. von Mensch zu Mensch gelangen oft besonders bei Personen, die sonstwie oft an H. simpl. leiden. Kranke mit Encephalitis lethargica sind besonders impfempfänglich. Dieses Phänomen, das gegen die Identität des Virus beider letzterer Krankheiten spricht, ließe sich aber vielleicht durch Aggressine erklären. (Siehe Referat vorher. Ref.) Für die Identität beider Krankheiten sprechen ebenso viele Gründe (vier angeführt) wie dagegen (sechs angeführt). Interessant ist weiter, daß schon *Jenner* bei seiner Vakzination auffiel, daß die Gegenwart von H. simpl. genügte seine Impfpustel nicht angehen zu lassen. „Unterdrücke den Herpes und alles geht gut". Herp. genitalis ist ansteckend, im Übrigen mit H. simpl. wohl identisch. Zwischen Zoster und Varizellen bestehen besondere Beziehungen, wie aus Wiener Versuchen, aber nur an Kindern unter fünf Jahren hervorzugehen scheint (*Kundratitz*). Demnach gelang es, mit Zosterinhalt 28 Kinder zu impfen, und von diesen entwickelten einige Varizellen oder gaben Anlaß zu Varizellenübertragung. Neun Kinder mit Varizellen- oder Zosterantezedentien sprachen auf die Zosterimpfung nicht an. Für Verwandtschaft von Varizellen und Zoster, auch solchem nach As. usw. soll sprechen, daß Varizellenantikörper im Zosterkrankenseren gefunden wurde. Wie aber die Beziehungen sind, warum z. B. das Gift mal Zoster mal Varizellen erzeugt, warum Varizellen häufiger durch Infekt von Zosterkranken zustande kommt als umgekehrt, Zoster von Varizellen, wie man die Fälle erklären soll, wo beide Leiden zugleich am gleichen Kranken auftreten, oder wo Zoster einige Wochen hinter Varizellenausbruch auftritt, bleibt noch zu klären. Unklar ist auch noch, ob nicht Zoster außer vom präsumptiven Virus durch Trauma oder Toxine allein erzeugt werden kann. Dazu 41 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

Bedson: **Contribution to the discussion on „The pathological Relationships of the Herpetic Diseases". (Beitrag zur Streitfrage über „Die pathologische Verwandtschaft der Herpes-Krankheiten".** The Br. j. o. D. a. S. 1927, 1.

Verf. hat fünf verschiedene Herpesstämme isoliert von spontanem und Pneumonieherpes. Alle fünf immunisierten kreuzweise. Auch er konnte

Digitized by Google

durch Versuche bestätigen, daß, wenn man in die Plantarhaut von Meerschweinchen Herpesinhalt einimpft, dort Bläschen auftauchen wie bei Maul- und Klauenseuche. Zosterinhalt dagegen war nicht in die Plantarhaut obiger Tiere übertragbar. Also wohl Zostervirus verschieden von Herpesvirus. Auch der Inhalt bullöser Hauterkrankungen anderer Art verhielt sich in zwei Fällen wie Herpesvirus gegenüber Meerschweinchenfußsohle. Das Virus hielt sich durch viele Passagen und ging durch Seitz- bzw. Berkefeldfilter. Somit ergibt sich die Wahrscheinlichkeit, daß auch andere Hautblasenerkrankungen (neben Herpesleiden und Maul- und Klauenseuche) filtrierbare spezifische Gifte enthalten. Diese Gifte sind wegen ihrer Festigkeit physikalischen oder chemischen Reizen gegenüber enzymartig, sie nehmen auf spezifischen Substraten an Menge zu und erzeugen spezifische Antikörper. Vielleicht liegt hier eine neue noch ungekannte Lebensform vor. Da Herp. simpl. sowohl wie Zoster aus den verschiedensten Ursachen entstehen können müssen, sie als weitverbreitet und sonst saprophytisch lebend angesprochen werden, die nur auf Invasionsgelegenheit infolge Zellenschädigung warten, oder sie gehören zu den autolytischen Enzymen, die sich immer wieder von neuem erzeugen als Reagenz auf Zellschädigungen infolge allerlei Schädlichkeiten.

Siegfried-Aachen.

A. Graeme Mitchell and *E. Gordon Fletcher:* **Studies on Varicella. (Studien über Varizellen).** Journal of the American Medical Association Bd. 89. Nr. 4. S. 279.

Viele Erwachsene werden von Varizellen befallen, sofern sie der Infektion ausgesetzt werden und früher keine Immunität durch eine überstandene Krankheit erworben haben. Die Erkrankung kann bei Säuglingen dadurch entstehen, daß das Virus von der Mutter, die erkrankt ist, schon auf intrauterinem Wege übertragen wird. Unter 775 beobachteten Fällen brach gelegentlich die Erkrankung schon am ersten Tage nach der Geburt aus. Es besteht ein häufigeres Auftreten der Erkrankung im Winter. Unter den 775 Patienten zeigten neun in ihrer Vorgeschichte eine frühere Varizellenerkrankung. Die Komplikationen sind sehr selten und im allgemeinen harmlos. Am häufigsten entsteht Furunkulose und Mittelohrentzündung. Die Leukozytenzahlen sind bei Säuglingen schon am ersten Tage der Eruption vermehrt. Die älteren Kinder zeigen eine Leukozytenvermehrung erst am dritten Tag. Bei Erwachsenen tritt eine Vermehrung der Leukozyten erst am 4.—9. Tage auf. Die Zählung der Leukozyten hat differentialdiagnostisch keine Bedeutung. *Memmesheimer*-Bonn.

A. Perutz-Wien: **Zur Frage der Beziehungen zwischen Zoster und Varizellen.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 1. 1927.

Ohne auf die Streitfrage, ob Zoster und Varizellen ätiologisch die gleichen Krankheiten sind, näher einzugehen, hat Verf. das Material aus einem bestimmten Bezirk Wiens während drei Jahren vom epidemiologischen Standpunkt näher untersucht. Dabei stellte sich heraus, daß die Zahl der Zosternerkrankungen so gut wie gleich in den drei Jahren war, dagegen dieselben der Varizellen im gleichen Zeitraum recht beträchtliche Schwankungen aufweist. Auch die Verteilung auf die einzelnen Monate des Jahres sind bei beiden Erkrankungen keineswegs identisch. *Krüger*-Sagan.

Digitized by Google

Lipschütz, R.: **Weitere Untersuchungen über die Ätiologie des Zoster. I. Über die Mikroskopie der Impfreaktion und des generalisierten Bläschenexanthems nach Impfung mit Zoster.** A. f. D. Bd. 149. S. 196.

Bei nach dem Vorgange von *Kundratitz* mit Zostermaterial geimpften Kindern der ersten Lebensjahre trat, soweit diese noch keine Varizellen-infektion überstanden hatten, die „Impfreaktion" (in Form eines kleinen Bläschens oder einiger nebeneinanderstehenden) auf. In einigen Fällen gesellte sich ein varizellenartiges Exanthem hinzu. Mikroskopisch fanden sich die azidophilen Zosterkörperchen in den Kernen von durch Amithose geschwellten Bindegewebszellen, in den Kernen der Intimaendothelien kleiner Blutgefäße und vereinzelt im peri- und endoneuralen Bindegewebe.
Hopf-Hamburg.

Martmer, Edgar E.: **Localization of chickenpox lesions at the site of prevous skin tests. (Lokalisation von Schafpockeneffloreszenzen an früheren Hautteststellen).** The journal of the american medical association. Bd. 88. S. 1797.

Ein 20jähriger Medizinstudent wurde mit Schafpocken geimpft. Nach fünf Tagen wurden an verschiedenen Hautstellen Proben mit Maserntoxin, mit Streptokokkentoxin (von Puerperalsepsisstreptokokken) und mit Toxin von Erysipelstreptokokken gemacht. Bis auf die Probe mit Maserntoxin zeigten alle anderen positive Ausschläge, die aber zwei Tage später verschwunden waren. 15 Tage nach der Pockenimpfung entwickelte sich eine typische Eruption von Schafpocken und zwar besonders an den Stellen, die bei den Toxinproben positiv reagiert hatten.
Memmesheimer-Bonn.

Lanzenberg, P.: **Polymorphes Erythem in rezidivierenden Schüben (Übergangsform zur polymorphen Dermatitis Duhring-Brocq), mit Urticaria.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 4. 1927.

Die Rezidive stellten sich jedes Jahr gegen Ende des Winters ein. Entsprechend den „faits de passage" Brocq's wird an Übergang zu Dermatitis Duhring gedacht. Neben Urticaria bestand Eosinophilie. Rückgang auf Eigenblutbehandlung. *Zurhelle*-Bonn.

Choldejew: **Ein Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring bei einem vierjährigen Kinde.** Venerologia und Dermatologia 1927. Nr. 1.

Die Überschrift besagt alles.

Beisach: **Zur Kasuistik der Dermatitis herpetiformis Duhring.** Venerologia und Dermatologia 1927. Nr. 8.

31jähr. Invalide erkrankte im Oktober 1925 an Dermatitis herpetiformis Duhring und verlor dieselbe, ob dauernd, wagt Verf. nicht zu sagen, nach 13 Bestrahlungen mit der Bachschen Lampe. *A. Jordan.*

A. Petroff: **Zur Frage der Dermatitis herpetiformis Duhring, speziell im Kindesalter.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

Die Duhringsche Krankheit kommt in jedem Alter, auch bei Säuglingen vor. In der Literatur finden sich 134 Beobachtungen (57 davon gesammelt von *Knowles*), bei Kindern, wozu noch 5 eigene des Verf. kommen. Die Krankheit unterscheidet sich bei den Kindern nur wenig von derjenigen bei Erwachsenen, ist meist polymorph; häufig sind annuläre

Digitized by Google

Eruptionen und Pigmentationen. Einen Hauptunterschied der Krankheit der Kinder gegenüber derjenigen der Erwachsenen bilden die geringen subjektiven Empfindungen. *A. Jordan.*

Meisel: **Ein Fall von Herpes gestationis.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

Erste Gravidität bei einer 27jähr. Hebräerin mit Ausbruch von H. gestationis im 7. Schwangerschaftsmonat und Schwund desselben nach der ersten Menses. *A. Jordan.*

E. Wreszynski-Berlin-Lankwitz: **Impetigo herpetiformis beim Manne mit schweren Gelenk- und Nagelveränderungen.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 5. 1927.

Bei einem 37jährigen Manne bestanden schon seit mehreren Jahren Schwellungen der Kniegelenke und starke rheumatische Beschwerden. Mit dem Ausbruch der Hauterkrankung traten auch Anschwellungen der Schulter- und Fußgelenke auf. Es handelte sich dabei um das Auftreten von miliaren, eitergefüllten Bläschen auf geröteter Haut, hauptsächlich in der Schamgegend, Brust und Rücken. Während der Eruption bestand erhöhte Temperatur. Nach Eintrocknen der Bläschen bildeten sich silbrige, rupiaartige schuppige Auflagerungen. Der Inhalt der Bläschen war stets steril, und eine Überimpfung auf normale Haut blieb ebenfalls ergebnislos. Nach längerem Bestehen kam es auch zu schweren Veränderungen an den Nägeln der Hände und Zehen, sie sind von der Unterlage abgehoben, sind spörde, die umgebende Haut ist livid verfärbt und blättrig schuppend. Nach etwa 5monatigem Bestehen der Erkrankung kam es zum Exitus unter allgemeinem Kräfteverfall. Die Sektion ergab keinen besonderen pathologischen Befund. Die neueren Befunde bestätigen, daß die Impetigo herpetiformis nicht nur bei schwangeren Frauen vorkommt, auch die Kombination mit Gelenkveränderungen ist schon von anderer Seite beschrieben worden. *Krüger*-Sagan.

L. v. Zumbusch-München: **Bemerkung zu dem Aufsatz von Wreszynski über Impetigo herpetiformis beim Manne mit schweren Gelenk- und Nagelveränderungen.**

E. Wreszynski-Berlin: **Schlußwort zur Mitteilung eines Falles von Impetigo herpetiformis.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 16. 1927.

Zumbusch warnt vor einer Erweiterung des Krankheitsbildes der Impetigo herpetiformis, wie es *Wreszynski* getan hat. Besonders glaubt er auf Grund der ausführlich beschriebenen Symptome und den beigegebenen Photographien in diesem Falle die Diagnose überhaupt ablehnen zu können und den Fall unter Psoriasis pustulosa arthropathica einzugruppieren, was aber *Wreszynski* ablehnt. *Krüger*-Sagan.

F. Walter: **Beitrag zum Studium der Ätiologie der Impetigo herpetiformis.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 5. 1927.

Entsprechend neueren Arbeiten von *Schardorn, Ziehmann* und *Tryb* ist auch Verf. der Ansicht, daß es sich bei der Impetigo herpetiformis um eine Folge endokriner Störungen handelt, besonders der Epithelkörperchen und der Hypophyse. Er berichtet über zwei neue Beobachtungen, die mit manifester bzw. latenter Tetanie einhergingen. In dem einen Falle half Seruminjektion von einer gesunden Schwangeren.

Zurhelle-Bonn.

Digitized by Google

Greif-Worms: **Über Mycosis fungoides mit eigenartigem Vorstadium.** A. f. D. Bd. 148. S. 15.

Beschreibung eines Falles, der während des zirka acht Jahre dauernden Vorstadiums klinisch das Bild eines Lichen ruber acuminatus en plaques disseminées bot unter mäßiger Eosinophilie und relativer Lymphozytose, bis nach allmählicher Umwandlung in mykosisähnliches Aussehen eine akute Eruption typischer Tumoren und Drüsenschwellungen in wenigen Monaten, zuletzt mit unstillbarem Nasenbluten, zum Exitus führte.

Sinn-Aachen.

P. Görl (Hautklinik Erlangen): **Ein Beitrag zur Kasuistik des subkutanen Sarkoids Darier-Roussy.** A. f. D. Bd. 148. S. 130.

Der beschriebene Fall unterscheidet sich von den sonstigen in der Literatur verzeichneten Fällen klinisch nicht, abgesehen von größerer Schmerzhaftigkeit und allabendlichen Temperatursteigerungen, die für Zusammenhang mit Tuberkulose sprechen, histologisch dagegen mehr durch starke Fettbildung und durch Auftreten strahliger Gebilde in den Riesenzellen, weiter durch verhältnismäßig geringe Zahl von Epitheloidzellen und Lymphozyten. *Sinn*-Aachen.

Giacardy, P.: **Sieben Fälle von Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta (nach Nicolas und Favre).** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 12. 1926.

Verf. beschreibt aus 15 Beobachtungen der letzten drei Jahre sieben Fälle; er schildert genau den Beginn in strumöser oder andererseits chankröser Form, sowie einen solchen mit vorwiegend Allgemeinerscheinungen (hohem Fieber, Abgeschlagenheit, profusen Schweißen, Kopfschmerzen, Milzschwellung), so daß man differentialdiagnostisch an Pest oder Typhus denken kann. *Zurhelle*-Bonn.

D. Kupnikoff-Moskau: **Zur Ätiologie des Bockschen Sarkoids.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 5. 1927.

Bei einem Pat. mit mehreren typischen Effloreszenzen konnten in frischen Infiltraten neben Zellinfiltrationen aus lymphoiden und Epitheloidzellen Stäbchen mit Polkörnchen gefunden werden, die das Aussehen von Tuberkelbazillen hatten. Tierüberimpfungen wurden nicht vorgenommen. In älteren Effloreszenzen waren diese Stäbchen nicht nachweisbar. Diese Befunde werden als Stütze für die tuberkulöse Ätiologie des *Boeck*schen Sarkoids gedeutet. *Krüger*-Sagan.

J. Briel-Frankfurt a. M.: **Über einen selteneren Fall von Lupoid Boeck.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 24. 1927.

Bei einem 40jährigen Pat. besteht seit etwa drei Jahren am Nasenrücken und an den Seitenflächen der Nase eine derbe, scharf abgegrenzte ziemlich tiefe Infiltration der Haut und des Unterhautzellengewebes. Die Haut darüber ist bläulich rot verfärbt und weist zahlreiche Teleangiektasien auf. Das Grundglied des rechten Zeigefingers zeigt eine harte spindelförmige Auftreibung mit lividroter Hautverfärbung darüber. Röntgenologisch besteht keine Veränderung des Knochens. Wa.R. ist negativ, ebenfalls die Tuberkulinreaktion. Histologisch waren Nester von Epitheloidzellen im Unterhautzellgewebe und in den unteren Schichten der Kutis zu finden, die durch Bindegewebszüge scharf von einander abgetrennt sind. Keine *Langhans*schen Riesenzellen, keine Koagulationsnekrose.

Digitized by Google

Therapeutisch erwies sich der Fall als äußerst resistent. Röntgenbestrahlung und intravenöse Arseninjektionen führten zu keiner wesentlichen Besserung. Erst intravenöse Thoriuminjektionen brachten eine geringe Rückbildung. Bemerkenswert an diesem Fall ist, daß es sich um eine diffus infiltrierende Form des benignen Miliarlupoids handelt, die relativ selten ist, bei der aber Weichteilveränderungen an den Fingern und Zehen häufiger vorkommen. *Krüger*-Sagan.

Jakubson: **Über das Sarcoid Boek.** Venerologia und Dermatologia 1926. Nr. 6.

18jähriger Bauer mit Hautveränderungen vom Sarcoidtypus *Darier-Roassy* bei bestehender Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose.

A. Jordan.

Jose S. Covisa und *Jose Gay:* **Prämykotisches Ekzematid.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 2. 1927.

An Hand eines genau beobachteten Falles, von dem die Autoren Abbildungen der klinischen und histologischen Befunde bringen, suchen sie darzutun, daß das prämykotische Ekzem klinisch und histologisch recht eindeutig sein kann, wenn auch vielfach — wie in ihren Falle — an seborrhoische Ekzem, Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées (*Brocq*), sowie psoriasiformes Ekzematid (*Darier*) gedacht werden muß. Histologisch wichtig sind vor allem die Pseudomastzellen mit ihren metachromatischen Granulationes, welche im Gegensatze zu den echten Mastzellen von den Fibroblasten stammen. Klinisch wird auf die scharfe Abgrenzung verwiesen. *Zurhelle*-Bonn.

G. Duwé: **Disseminierte miliare Lupoide.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 5. 1927.

Kasuistik. *Zurhelle*-Bonn.

Radaeli, F.: **Beitrag zur Kenntnis des Boeckschen Sarkoid.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 366.

Mitteilung zweier Fälle von *Boeck*schem Sarkoid; nur der eine Fall ist genauer beschrieben und ergibt bemerkenswerte Punkte. *Radaeli* fand keine wesentlichen Veränderungen von Seiten des lymphatischen Apparates; bei dem einen Falle, wo einige Drüsenschwellungen bestanden, ergab die Untersuchung einer entnommenen Lymphdrüse keine tuberkuloide Struktur. Dagegen ließen sich eigenartige Knochenveränderungen feststellen: fusiforme Verdickungen mehrerer Fingerphalangen, welche auf den ersten Blick an eine „Spina ventosa" erinnerten; von dieser unterschieden sie sich aber klinisch und röntgenologisch durch die fehlende Hyperproduktion von Knochengewebe periostalen Ursprungs, durch die geringere zentrale Rarefikation und Fusion, durch die mangelnde Tendenz zur Fistelbildung. Am Respirationsapparat fanden sich klinisch und röntgenologisch Erscheinungen, die zugunsten einer tuberkulösen Ätiologie der Dermatose sprachen. Trotzdem fielen die Kutis-, Intradermo-, Ophthalmoreaktionen negativ aus und auch die Tuberkulininjektionen sprachen für eine Anergie des Organismus. Vielleicht erklärt diese Anergie gewisse histologische Eigenarten des *Boeck*schen Sarkoids.

Die Fälle *Radaelis* zeigen, wie die vieler anderer Autoren, daß in den Krankheitsherden der Sarkoide das tuberkulöse Virus weder bakterio-

Digitized by Google

logisch noch durch Impfung nachweisbar ist. Der mangelnde bakteriologische Nachweis ist vielleicht auf die Filtrabilität des tuberkulösen Virus zurückzuführen; die Unmöglichkeit der Überimpfung läßt sich vielleicht durch die Natur des Materiales (sehr wenig Bazillen, sehr geringe Virulenz, toxisches Material) oder durch eine schnelle Degeneration erklären.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

O. Naegeli: **Zur Frage der Entstehung von Tuberkuliden bei Sanokrysinbehandlung.** Münch. med. Woch. Nr. 46. 1926.

Verf. teilt Beobachtungen mit, die sich dadurch auszeichneten, daß sich im Laufe einer Injektionskur mit Sanokrysin bei 3 Patienten mit Tuberkuliden (papulo-nekrotisches Tuberkulid, Erythema induratum, *Darier*sche Sarkoide) und einem Patienten mit Lupus vulgaris ein oder nur ganz wenige Einzelherde auftraten, die sich nicht in den Rahmen der gewöhnlichen Arzneiexantheme einfügen ließen. Die Erscheinungen ähnelten vielmehr bei 2 Fällen annulären und Granuloma annulare ähnlichen Tuberkuliden, im 3. Fall einem Lichen scrophulosorum. Die 4. Erscheinung war klinisch nicht zu rubrizieren, erinnerte histologisch am meisten an papulo-nekrotische Tuberkulide. *Weinstock*-Charlottenburg.

Rossi, G.: **Über einen Fall von Aknitis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 343.

Der 25jährige Pat. leidet seit 5 Monaten an einer Hauterkrankung, die mit subkutanen Knoten an der Oberlippe begann; die Knötchen gingen auf das ganze Gesicht über; besonders stark war die linke Wange befallen Die subkutan entstehenden Knötchen rückten unter Vergrößerung an die Oberfläche; dann kam es zu einer kleinen Ulzeration; es entleerte sich ein rahmiger Eiter; Abheilung mit einer leichten Narbe. Der Prozeß brauchte 2 Wochen, um das Höhestadium zu erreichen. Die Knötchenbildung dehnte sich auch auf den Hals, die Streckseite der Arme und die innero Fläche der Beine aus. Histologisch tuberkuloide Struktur; Tuberkelbazillen sind nicht nachzuweisen. Der Pat. wies eine Lungenspitzenaffektion auf.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

O. Dittrich-Kiel: **Über den Tuberkelbazillennachweis bei Tuberkuliden.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 22. 1927.

Der Nachweis von Tuberkelbazillen in den Schnitten von Hauttuberkuliden gelingt mit den gewöhnlichen Färbemethoden nur äußerst selten. *Klingmüller* hat eine Modifikation der Ziehl-Neelsenschen Färbung angegeben und mit dieser Methode gelang es überraschend leicht, in den fraglichen Dermatosen relativ zahlreiche feste Stäbchen und Körnchen nachzuweisen. Diese lagen fast überall im Gewebe, dicht subepithelial, um und in den Gefäßen, in der Kutis und in der Subkutis. Erstaunlich war trotz des reichlichen Bazillenbefundes die Reaktionslosigkeit des umgebenden Gewebes. *Krüger*-Sagan.

Sobolew: **Zur Frage der Granuloma annulare und dessen Beziehungen zu den Tuberkuliden.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 6.

Auf Grund von 10 eigenen Beobachtungen hält Verf., der Leiter der Charkower dermatol. Klinik, die tuberkulöse Natur dieser Erkrankung für höchst wahrscheinlich (Pirquet war in allen Fällen positiv, 6 Fälle hatten inaktive Lungentuberkulose, die übrigen stammten aus tuberkulösen Fa-

Digitized by Google

milien). Sie steht den papulo-nekrotischen Tuberkuliden nahe, sowohl was das histologische Bild anbetrifft, als auch in Hinsicht von Übergangsformen und Kombinationen beider Erkrankungen. *A. Jordan.*

D. Ohah-Debreczen: **Beiträge zur Pathogenese des Granuloma annulare.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 12. 1927.

Bei einer 29jährigen Pat., die infolge zahlreicher, kurz hintereinander folgender Geburten in ihrer Allgemeinkonstitution sehr geschwächt war und eine Spitzenaffektion zeigte, traten zahlreiche Herde vom Typ des Granuloma annulare auf. Nach *Ponndorf*impfungen breitete sich die Krankheit fast über den ganzen Körper aus und schubweise erfolgten noch später immer wieder neue Aussaaten von Herden. Der histologische Befund war eindeutig, doch konnten niemals trotz Vorhandensein einer tuberkulösen Affektion an den Lungen in den Schnitten Bazillen nachgewiesen werden. Durch Strahlenbehandlung ließ sich in diesem Falle eine gute Rückbildung erzielen. *Krüger*-Sagan.

Martino: **Fall von Pityriasis rubra pilaris.** Sez. piemontese d. Soc. ital. d. Dermatol. 8. III. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 884.

Bei dem 5jährigen Mädchen traten vor 3 Monaten am Halse erythematöse juckende Herde auf, welche sich über die ganze Körperoberfläche ausbreiteten. Jetzt finden sich auf der Rückseite der Fingerphalangen die charakteristischen gruppierten follikulären schuppenden Papeln; am Nacken ein verdickter Plaque, ganz bedeckt mit harten schuppenden Papeln; an Handtellern und Fußsohlen starke, trockene, leicht schuppende Hyperkeratose. An den Knien Herde von psoriasiformer Hyperkeratose. Die Haut des übrigen Körpers ist gerötet, leicht schuppend und weist den Zustand einer leichten desquamativen Erythrodermie auf. Auf dem behaarten Kopf reichliche weißliche Schuppung.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

W. Pospelow und *Krupnikow* (†): **Ein Fall von Pytyriasis rubra Hebrae mit ungewöhnlichem Verlauf.** Russki Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 1.

Im Jahre 1916 wandte sich ein 28jähriger Mann mit ovalen erythematösen, mit Schuppen bedeckten Flecken an den einen der beiden Verf., bei dem sich das Leiden allmählich unter Bildung neuer und konfluierender Flecke ausbreitete, so daß er später in die 1. Moskauer Universitätsklinik eintrat. Am 6. Nov. 1927 wurde der Fall in der Moskauer Venerolog. Ges. von beiden Verf. als casus pro diagnosi vorgestellt, da das Leiden durch die Neigung der Flecke zu Atrophie zwar an Pityriasis rubra Hebrae erinnerte, aber auch an Mykosis fungoïdes und an eine Leukämie gedacht werden müßte. Im Jahre 1926 trat der Kranke wiederum in dieselbe Klinik ein, aber nun schon mit den typischen Zeichen einer universellen Pityriasis rubra bei vorhandenem guten Allgemeinbefinden. Durch die Liebenswürdigkeit von Prof. *Mestschersky* konnte *Popelow* den am 1. April 1926 in der Moskauer Venerolog. Ges. unter dieser Diagnose vorgestellten Kranken von neuem untersuchen und beschreiben. Es fand sich bei ihm eine Hypofunktion der Schilddrüsen und der Hypophysis.

A. Jordan.

Digitized by Google

L. Füllenbaum und *L. Fleck*-Lemberg: **Experimentelle Beiträge zur Ätiologie des Lupus erythematodos.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 15. 1927.

Es wird die Anschauung vertreten, daß der Lupus erythematodos nicht ausschließlich durch Tuberkelbazillen oder deren Toxine hervorgerufen wird, sondern daß auch Eiterkokken und Intestinalbakterien ihn bewirken können. Bei Subkutanimpfungen mit Eiterbakterienvakzine nach *Delbet* und Enterovakzine nach *Danysz* zeigten sich öfter positive lokale und Herdreaktionen, während die entsprechenden Reaktionen bei Tuberkulinimpfungen ausblieben. Ebenfalls zeigten solche Fälle eine Komplementbindungsreaktion mit dem betreffenden Antigen. Die Genese des Lupus erythematodos scheint also nicht so eindeutig zu sein wie bisher angenommen wurde. *Krüger*-Sagan.

Olessow: **Zur Ätiologie des Lupus erythematodes, auf Grund des Materials der I. Moskauer Hautklinik, aus den letzten 30 Jahren.** Moskowskij Medicinskij Journal 1927. Nr. 7.

Es handelt sich um 110 Fälle von L. erythematodos discoides (88 Frauen, 22 Männer), von denen im Alter von unter 15 Jahren 6, von 15—20 Jahren 17, 20—30 Jahren 42, 30—40 Jahren 29 und über 40 Jahren 16 standen. Dem Beruf nach waren: Hausfrauen 52, Dienstpersonal 16, Bauern 13, Händler 7, Krankenwärterinnen 4, Lehrer 3; der Rest verteilte sich auf verschiedene Berufe. Am häufigsten saß der Lupus auf der Nase und den Wangen. Der Beginn des Leidens fiel meistens auf die Frühlings- und Sommermonate. Hinsichtlich der Ätiologie ließ sich bei 44 persönlich Tbc. feststellen, bei 18 Tbc. in der Familie, bei 23 sowohl persönliche als familiäre Tbc. und nur in 25 Fällen fehlten jegliche Hinweise auf Tuberkulose. Ganz vorsichtig spricht sich daher Verf. dahin aus, daß die Tuberkulose in irgendeiner Beziehung zum Lupus erythematodos steht. *A. Jordan*

Worobjeff und *Uskansui:* **Ein Fall von Erythema annulare centrifugum Darier.** Russki Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 5.

Verf. beobachteten ein 18jähriges Mädchen mit allen Erscheinungen des von *Darier* im Jahre 1916 beschriebenen Erythema annulare centrifugum, welches im Laufe von 1½ Monaten unter Anwendung von Aspirin, Coffein und Eigenblutinjektionen verschwand. *A. Jordan.*

Stümpke-Hannover: **Über Erytheme annulare centrifugum acutum multiplex.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 14. 1927.

Unter diesem Krankheitsbild sind nicht nur reine Erytheme einzugruppieren, sondern dieselben können auch teilweise urtikariellen Einschlag haben. Es wird ein einschlägiger Fall beschrieben. Vor 8 Tagen traten bei einem Pat. am Gesäß mehrere Pickel auf. Darauf kam es an beiden Gesäßhälften zu handtellergroßen, scharf abgegrenzten Effloreszensen von livid roter Farbe mit wallartig erhabenem Rande. Das Zentrum war blasser und schuppt leicht. Nach wenigen Tagen heilt alles ab. Ätiologisch kommt vielleicht die Resorption von Toxinen der follikulären Eiterungen in Frage für das Auftreten der Erytheme in deren Umgebung. *Krüger*-Safan.

E. Radnai-Budapest: **Primäre Hauttuberkulose mit metastatischen, periphlebtischen Herden.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 14. 1927.

Bei einer Pat., die beruflich Kühe melkte, traten zunächst wohl infolge Infektion durch den Euter Herde von Tuberculosis verrucosa cutis am

Digitized by Google

linken Handgelenk auf. Später traten in der linken Ellenbeuge bohnen große, rote, das Niveau der Haut leicht überragende Knoten auf. Ähnliche Veränderungen finden sich auch an der Außenseite beider Oberschenkel. Die histologische Untersuchung von einem Knoten ergab typische tuberkuloide Struktur, in einer Vene war eine Periphlebitis nachweisbar. Der Befund spricht für die hämatogene Natur der an den Armen und Schenkeln bestehenden Herde. *Krüger*-Sagan.

Dowling: **Notes on two cases of Lichen nitidus. (Bemerkungen zu 2 Fällen von L. n.)** The Br. j. o. D. a. S. 1927, 7.

Verf. bringt 2 Fälle, von denen der eine einen reinen Lichen nitidus darstellt, allerdings in seinen 2 Formen, den einzeln stehenden Knötchen und den aus ihnen zusammengeflossenen Flecken, während der andere sich dadurch auszeichnet, daß Lichen nitidus mehrere Monate später einem Lichen-planus-Ausbruch folgte. Dazu 2 Illustrationen des Lichen nitidus in zusammenliegenden gruppierten Knötchen und als Fleck und 2 mikroskopischen Schnitten beider Formen des L. n. Das Infiltrat besteht in beiden Fällen aus umschriebenen Massen schmaler Rund- und epithelioider Zellen unmittelbar unter der Epidermis und in tiefere Schichten vordringend. Keine Riesenzellen. Epidermis über Flecken erodiert; sodaß oft nur wenige flache Zellenschichten übrigbleiben. Verf. resumiert, daß L. n. vielleicht nur eine Form des klinisch so wandelbaren Bildes des Lichen ruber sei. 5 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

Lwoff und *Plotkina:* **Zur Ätiologie und Therapie des Esthiomenal vulvae.** Venerelogia u. Dermatologia 1927. Nr. 7.

Verf. vermehren die seltenen Beobachtungen von Ulc. chr. elephantiasticum durch einen eigenen Fall, welcher eine 37jährige Frau betraf. Als Ursache war Gonorrhöe anzusehen, da durch eine Gonorrhöebehandlung und sich daran anschließenden operativen Eingriff Heilung erzielt wurde, die im Laufe von 1½ Jahren ohne Rückfall blieb. *A. Jordan.*

F. Bargehr: **Die Selbstheilung der Lepra.** Münch. med. Woch. Nr. 52, 1926.

Bei den vom Verf. an 162 Leprakranken mit sterilisierter Lepromsubstanz vorgenommenen Impfversuchen — kurz Lepromreaktion genannt — reagierten 65 Patienten positiv, und zwar nur diejenigen, bei denen der Bazillenbefund negativ und keine manifesten Lepraerscheinungen mehr vorhanden waren. Diese positive Reaktion deutet der Autor als ein Zeichen für die Anwesenheit einer überschüssigen Menge von Lepraimmunstoffen, was seiner Ansicht nach für eine Abheilung der Lepra spricht. Da die untersuchten Leprakranken kaum oder gar nicht behandelt waren, spricht diese Erfahrung für eine Selbstheilung der Lepra.
Weinstock-Charlottenburg.

Palvarini, A.: **Beobachtungen über die Lepra in der Provinz Mantua.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 730.

Palvarini berichtet über 7 in der Provinz Mantua festgestellte Leprafälle. Die Fälle stammen alle aus S. Paulo. Der erste der Fälle bestätigt die These von *Breda*, daß die Lepra auch in den von endemischer Lepra freien Ländern kontagiös wirkt. Eine weitere Beobachtung zeigt einen Fall von Lepra, bei dem die Untersuchung des anästhetischen Herdes

Digitized by Google

histologisch keine Zeichen von Lepra ergab, während sich aus dem Nasensekret nach Jodkalidarreichung der Bazillus nachweisen ließ. Die bei 4 Fällen vorgenommene WaR. fiel negativ aus. Bei einem Fall von tuberkulöser Lepra wurden röntgenologisch regressiv-atrophische Knochenveränderungen festgestellt. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Devoto, A.: **Über die Verbreitung der Lepra in Ligurien (Provinzen Genua und Imperia).** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 723.

Devotos Statistik umfaßt aus den in der Überschrift gebannten beiden Provinzen 44 Fälle, 21 Fälle von Lepra tuberosa, 17 Fälle von Lepra mixta und 6 Fälle von Lepra nervosa. Interessant ist ein Fall mit zahlreichen Lepromen auf Penis und Skrotum und ein zweiter Fall mit großen erythematösen figurierten Herden an Gesicht, Stamm, oberen und unteren Extremitäten; diese Herde heilen mit Atrophie und Relaxation der Haut ab.

Offenbar hat die Statistik nicht alle Fälle in den beiden Provinzen ergriffen; jedenfalls ist die Lepra in Ligurien nicht in Abnahme begriffen und es sind energische Maßnahmen erforderlich, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Santalow: **Zur Leprafrage.** Wratchenbanaja Gazeta 1917. Nr. 11/12.

In dem beschriebenen Falle handelt es sich um eine Lepra bei Mutter und einer Tochter, während die übrigen 4 Kinder leprafrei waren. Da die 39jährige Frau vor 18—20 Jahren in leprainfizierter Gegend gelebt hatte und sich nur ein Jahr und ihre 14jährige Tochter nur einige Monate krank wähnte, nimmt Verf. für die Mutter eine Inkubation von ca. 18 Jahren an.
A. Jordan.

R. M. Wilson: **Leprosy in Korea. (Die Lepra in Korea.)** Kwangju, Chosen, Korea. Journ. med. Ass. 1926. Nr. 15.

Statistische Erhebungen über die Leprafälle in den Leprakolonien Kwangju und Fusan. Es fanden sich in 96% aller Fälle Anästhesien, in 26% Neuritiden, in 58% rheumatische Beschwerden, in 56% Fieber, in 37% Ulzerationen und in 20% Amputationen. Unter 1109 Fällen der letzten 12 Jahre 311 Tote. 238 Patienten konnten gebessert entlassen werden. Bewährt haben sich wöchentliche, subkutane Injektionen von Oleum hydnocarpiae mit 1% Kampherzusatz. Außerdem ist auf gute hygienische Verhältnisse zu achten. *Röntz*-Bonn.

F. M. Peter-Moengo: **Herpes zoster bei Lepra.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 7. 1927.

Bei einem 16jährigen Jungen tritt im Anschluß an langes Aussetzen einer starken Zugluft auf der linken Stirnhälfte ein typischer Herpes zoster auf, der unter der üblichen Therapie nach 6 Tagen restlos heilt. Die genaue Untersuchung des Jungen ergibt, daß er außerdem an einer Lepra leidet, derentwegen er bereits mit Chaulmograöl behandelt worden ist. Es bestehen aber noch Leprome an der rechten Ohrmuschel und an den Nasenflügeln, ebenso zahlreiche Flecke auf dem Rücken und Atrophie und Anästhesie an den oberen Extremitäten. Im Nasensekret sind zahlreiche Leprabazillen nachzuweisen. Es handelt sich also um einen Herpes zoster des ersten Trigeminusastes, der auf dem Boden einer seit 2 Jahren bestehenden Lepra entstanden ist. Wenn auch Lepraeruptionen beschrieben sind, die zunächst unter dem Bilde des Herpes auftreten, so ist wegen der kurzen Dauer und

Digitized by Google

wegen des völligen Abheilens der Effloreszenzen in diesem Falle diese Genese auszuschließen, vielmehr dürfte es sich um einen echten Herpes zoster handeln, der durch eine äußere Schädigung (Zugluft) auf einem durch die Lepra geschädigten Nervengebiet (Trigeminus) entstanden ist.

Krüger-Sagan.

Paldrock, A.: **Die Senkungsreaktion bei Lepra.** A. f. D. Bd. 149. S. 272.

Der Ausdehnung der Veränderungen entsprechend fanden sich bei Lepra tuberosa extreme Senkungsgeschwindigkeiten der roten Blutkörperchen (27 Min. gegen 5—16 Std. normal), bei Lepra anaesthetica geringere Beschleunigung. Nach Vereisung der Haut mit Kohlensäureschnee tritt eine Beschleunigung auf. *Hopf*-Jena.

W. Treuherz-Sao Paulo: **Zur Frage der Leprakontagiosität.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Seit undenklichen Zeiten findet überall eine strenge Isolierung der festgestellten Leprafälle statt und trotzdem treten immer noch Neuerkrankungen auf. Mittelschwer und leicht Lepröse können Kinder zeugen, die kerngesund sind. Bisher ist es noch nicht einwandfrei gelungen, die Leprabazillen von Mensch zu Mensch zu übertragen. Dagegen konnten auch an Fischen Veränderungen an den Augen und Flossen gefunden werden, in denen die *Hansen*schen Leprabazillen nachweisbar waren. Wieweit diese Befunde für die Übertragung der Lepra mitspielen, ist bisher noch unbekannt. Trotzdem läßt sich nicht leugnen, daß in Küstengebieten, die hauptsächlich vom Fischfang und der Verarbeitung der Fische leben, häufiger frische Fälle beobachtet werden. Untersucht man die Umgebung der neu erkannten Fälle, so kann man oft feststellen, daß trotz engster Berührung die übrigen Familienmitglieder meist gesund sind und es trotz jahrelanger Beobachtung auch bleiben. Jedenfalls kann man aus diesen Vorgängen schließen, daß die Kontagiosität der Lepra von Mensch zu Mensch nicht sehr groß sein kann. *Krüger*-Sagan.

Pais Luigi: **Die Serologie bei der Lepra.** Giorn. di Dermatol. 1927. H. 1. S. 84.

Untersuchung von 29 Seren Lepröser mit den Komplementsfixationsmethoden (*Wassermann, Jacobsthal*) mit Leprösenantigen und für Syphilis als spezifisch erprobten Antigenen, vergleichende Untersuchungen mit den Flockungsreaktionen von *Sachs-Georgi, Meinicke, Bruck*, und der Trübungsreaktion von *Meinicke*.

Den relativ geringen Prozentsatz positiver Resultate mit der *Wassermannreaktion* einerseits und die hohe Zahl autotroper Reaktionen im antikomplementären Verhalten setzt der Autor hypothetisch in Beziehung zu der Wirkung bestimmter chemischer Heilmittel auf das Serum Lepröser, insbesondere des Chaulmoograöls. Die Eigenhemmung ist häufiger und deutlicher während und nach der Behandlung mit Chaulmoograöl; sie wird nicht beobachtet, wenn die Behandlung schon längere Zeit her ist.

Die Methode von *Jacobsthal* gab 45% positive Reaktionen bei 11 Seren bei Anwesenheit eines leprösen Antigens, welches auch das Komplement syphilitischen Serums fixierte.

Die Ausflockungsmethoden scheinen dem Autor die antikomplementäre Wirkung des Lepraserums zu erweisen.

Digitized by Google

Die *Meinicke*trübungsreaktion ergab konstant negative Ergebnisse.

Der Autor ist der Ansicht, daß die Fixationsreaktionen, besonders die *Wassermann*reaktion von Bedeutung sind, wenn sich durch systematische Untersuchungen Klarheit darüber schaffen läßt, welche organischen, toxischen und auch exogenen Bedingungen sich als geeignet erweisen, um im Serum die fixierende Eigenschaft zu bilden.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Buschke und *Ollendorff:* **Scleroedema adultorum mit muskulärer Lokalisation.** M. K. 1927, 37.

Verf. geben hier die genaue Kasuistik eines Sklerödems mit ausschließlicher Beteiligung der Muskulatur und Faszie. Auch hier ging, wie in meist allen Fällen, eine fieberhafte Erkrankung (Grippe) dem Ausbruch voraus. Dieses muskuläre Sk. wurde unter Thyreoidin und Radiumbädern völlig geheilt, was seine Diagnose sicherte. Gegen Dermatomyositis sprach fehlendes Fieber und fehlende Hautprozesse. Gegen Trichinose sprach fehlende Eosinophilie neben intaktem Darm. Gegen anfangs in Frage kommende Sklerodermie sprachen fehlende sklerodermatische Hautveränderungen, wahrscheinlich auch normaler Magensäuregehalt, der sonst wesentlich herabgesetzt hätte sein müssen resp. hätte fehlen müssen. Erhebliche Ca.-Erhöhung und Ka.-Herabsetzung weisen auf Störung im Sinne einer Vagotonie. *Siegfried*-Aachen.

Tschumakow: **Ein histologisch untersuchter Fall von Sclerodermie.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Die histologischen Untersuchungen des Verf. ergaben, daß bei der Sklerodermie die Gefäßveränderungen eine besondere Beobachtung verdienen und diese Krankheit zu den Narben gezählt werden muß. Die Veränderungen der Gefäße bestehen in Arteriitis, Erweiterung der Venen mit Thrombenbildung und Veränderung der Kapillargefäße. Die Gefäßveränderungen ziehen eine Atrophie des Parenchyms, Pigmentation, Nekrose, Sclerose und andere Erscheinungen der Sklerodermie nach sich.

A. Jordan.

Ehrmann, S., und *Falkenstein*, F.-Wien: **Über Dermatitis atrophicans und ihre pseudo-sklerodermatischen Formen.** A. f. D. 149, S. 142.

Eine häufige Anfangsform der Dermatitis atrophicans sind die periartikulären Infiltrationen. Bei ihnen ist vorwiegend das lockere Gewebe der Papillar- und Subpapillarschicht und um die Follikel herum befallen. Die Bindegewebsbündel und die elastischen Fasern sind erhalten. Hyperämie und erhebliche Erweiterung der Blut- und Lymphbahnen bestimmen das klinische Bild. Es folgen Übergänge zur Atrophie mit Resten von Infiltrat um die im gratförmigen Feldrand verlaufenden Gefäße. In der Feldmitte ist das Gewebe zusammengepreßt und der Papillarkörper geschwunden: „Papierstruktur". Ver schieden hiervon ist die oberflächliche makulöse Form der Dermatitis athrophicans, bei der sich unter Erhaltensein der Papillen in der Peripherie eine subakute Entzündung, im Zentrum dagegen eine Abflachung des Papillarkörpers findet. Stellenweise erhaltene Papillen bedingen die Felderung, und die verdickte, aufgelockerte Hornschicht ist der Ausdruck der feinen Schuppung mit Seidenglanz. Eine weitere Form, die Anetodermie unterscheidet sich hiervon durch die Atrophie

Digitized by Google

der tieferen Schichten, durch das Eindringen des subkutanen Fettgewebes in den dadurch freigewordenen Raum und durch den plötzlichen Übergang in das Normale. Die derbe Verhärtung bei den sklerodermieartigen Formen ist bedingt dadurch, daß die Involution des intensivsten, infiltrativen Stadiums in die Tiefe der Cutis fortschreitet, wo mit der Resorption des Infiltrats die elastischen Fasern schwinden. Eine Variante der indurierten Form bilden die meist eine Vene umscheidenden schmäleren, strangförmigen, in der Haut liegenden Bildungen, zu denen auch die sogenannten Fibrome gerechnet werden. Als Ursache wird ein hämatogenes Virus angenommen. *Hopf*-Hamburg.

Woronow: **Zur Histologie der Atrophodermien (Fall von Hemiatrophia totalis und Fall von Sclerödema Buschke).** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 3.

Da die meisten Arbeiten über Atrophodermie und Sklerodermie sich in bezug auf die Histologie hauptsächlich mit dem kollagenen und elastischen Gewebe beschäftigen, wandte Verf. sein Hauptaugenmerk den Zellelementen zu und untersuchte hiernach nicht nur die beiden, in der Überschrift genannten, von ihm beobachteten Fälle, sondern auch noch je einen Fall von Acrodermatitis chron. atrophicans, Sclerodermie und Erythrodermie. Überall fand er das Bindegewebe reich an Zellelementen, welche nicht nur in den Partien mit entzündlichen Erscheinungen, sondern auch in den Partien der nicht entzündeten, weißen und atrophischen Haut vorhanden waren. Die Zellkerne hatten überall ein und denselben eigenartigen, abgeplatteten und gestreckten Charakter. Die Zellform ist meist unregelmäßig, getrennt und gleichsam um ihre Achse gedreht. Verf. konnte ähnliches weder bei Psoriasis vulg. noch bei Pityriasis rubra Devergie beobachten und hält daher den Befund der komprimierten wie verkrümmten Kerne für ein wichtiges Zeichen der Atrophodermien. *A. Jordan.*

Hofmann: **Das Krankheitsbild des Skleroedema (Skleremia) adultorum (Buschke).** M. K. 1927. 11.

Bei der heutigen Verwirrung der verschiedenen sklerödematischen Formen ist eine klare Scheidung des Sklerödems von den wirklichen Sklerodermien und vom Skleroedema neonatorum nötig, und ferner die Kenntnis von der Ätiologie des Skleroedema adultorum zu erweitern aus Vergleichung der Fälle. Beides tut Verf. hiermit. Dazu gibt Verf. die Krankengeschichte eines neuen Falles von Skleroedema adultorum bei einer 47jährigen Kranken. Die Krankheit befällt ja besonders weibliche Personen. Sklerödem tritt besonders auffallend auf nach überstandener Grippe. Charakteristisch ist es, daß das Hautrelief der befallenen Stellen unverändert ist, daß Atrophie und Pigmentverschiebungen völlig fehlen. Blut zeigt Lymphozytose, hier 43%. Endokrine Störungen noch nicht nachgewiesen. Wirkliche Sklerodermie dagegen zeigt schließlich immer Atrophie und Pigmentation. Da das *Buschke*sche Skleroedema adultorum kein wirkliches Ödem ist (keine Hauteindrückbarkeit), spricht man besser von Skleremia adultorum. Das Skleroedema neonatorum ist auch kein wirkliches Ödem. Sein Beginn an unteren Extremitäten der Säuglinge, der oft tötliche Ausgang, der Nachweis sehr eiweißhaltiger Ödemflüssigkeit in Subcutis und Muskulatur sichern sein Bild. Das Fettsklerem der Säuglinge ist von Untertemperatur begleitet, es zeigt kalte Haut und stearin-

Digitized by Google

artige Beschaffenheit des subkutanen Fettes. Die sogenannten Sklerodermien der Säuglinge, die schnell verlaufen und zur Heilung führen, gehören zu dem Skleroedema adultorum. Der Körper der Erwachsenen wie der Kinder reagiert auf gewisse Noxen eben mit rasch vorübergehenden Verhärtungen der Haut ganz anders als wie bei Sklerodermie. Vielleicht trophoneurotische Störungen mit endokriner Beteiligung.

Siegfried-Aachen.

Hodara-Konstantinopel: **Histologische Untersuchungen eines Falles von zirkumskripter Sklerodermie en plaques und en bande.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 7. 1927.

Bei einem 14jährigen Kinde bestanden seit etwa einem Jahre mehrere zirkumskripte Sklerodermieherde an den oberen Extremitäten. Von dem ältesten Herde wurden ein Stück exzidiert und histologisch untersucht. In den Präparaten waren drei Zonen festzustellen, die starke Hypertrophie, weniger Hypertrophie und Atrophie der Epidermis zeigten. In den Teilen mit starker Hypertrophie bestand außerdem ein beträchtliches interzelluläres Ödem, starke Erweiterung der Lymphgefäße und Vermehrung der bindegewebigen Elemente in der Kutis. In den atrophischen Partien bestand starke Hyperkeratose, das Ödem fehlt und das Bindegewebe ist kompakt verdickt. *Krüger*-Sagan.

Maschkilleison: **Zur Kasuistik der diffusen symmetrischen progressiven Sclerodermia mit Sclerodactylie.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 6.

In diesem allmählich fortschreitenden Fall von Sclerodermia und Sclerodactylie fanden sich Störungen in der Funktion der Ovarien und der Schilddrüsen. *A. Jordan.*

Golschmied: **Ein Beitrag zur Ätiologie der Sklerodermie.** Vemerelogia und Dermatologia 1927. Nr. 8.

Besserung der Sclerodermie en bandes bei einem 17jährigen Mädchen, nach Bestrahlung der Schilddrüse (teils Röntgen-, teils Quarzlampe), welche sich vergrößert erwies. Da sich bei späterer Verheiratung der Kranken die Hauterscheinungen weiter zurückbildeten, schließt Verf. auf eine pluriglanduläre, endokrine Störung als ätiologisches Moment.

A. Jordan.

Tommasi, L.: **Sklerodermia generalisata und Dysthyreoidismus nach Enzephalitis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 282.

Der 22jährige Patient *Tommasis* erkrankte an einer nicht schweren Enzephalo-Myelitis epidemica. Nach einer subakuten, mehrere Monate dauernden Periode der Krankheit und einem chronischen Stadium mit Anzeichen von Parkinsonismus bekam er einige Sklerodermieherde; die Sklerodermie verallgemeinerte sich auf den ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes unter dem Typus einer akuten Sklerodermie mit entzündlichem Ödem an den frisch befallenen Stellen. Keine Polyneuritis, keine Wurzelsymptome. Die Allgemeinuntersuchung ergab eine evidente Hypervagotonie und unzweifelhafte Zeichen von thyreoider Insuffizienz.

Der Vortragende glaubt eine periphere Entwicklung (polyneuritische oder radikuläre Form der Enzephalitis) sowie eine infektiöse Lokalisation an der Schilddrüse, auch einen hypophysären Symptomenkomplex ausschließen zu können.

Digitized by Google

Er nimmt folgende Pathogenese an: Enzephalitische Erkrankung der oberen Zentren des vegetativen Lebens, lokalisiert im dritten Ventrikel und im Infundibulum. Durch diese Erkrankung Disfunktion des vegetativen Nervensystems und speziell des Sympathikus; diese führte wahrscheinlich zu den ersten isolierten Sklerodermieherden. Nach und nach hat die Disfunktion des Sympathikus und besonders seiner Zentren zu einer Hypofunktion und vielleicht zu einer Degeneration der Schilddrüse durch reflektorische, sekretorische und nutritive Einflüsse auf dieselbe geführt. Dadurch kam es zu einer Erschwerung des Zustandes der Disfunktion des Hautsympathikus und zum Auftreten der Gefäßstörungen, welche zu der akuten Sklerodermia generalisata führten. Bemerkenswerte Unempfindlichkeit gegen sehr hohe Dosen Thyreoidin von seiten des Patienten.

Dieses ist in der Literatur der zweite Fall von Sklerodermie im Anschluß an eine Enzephalitis epidemica. Der erste derartige Fall wurde von *Ponticaccia* beschrieben. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Briskin: **Ein Fall von idiopathischer Hautatrophie infolge Störung des endokrinen Apparates.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 6.

Fall von Acrodermatitis chron. atrophicans *Herxheimer* bei einem 23jähr. tuberkulösen Schuster mit Hypofunktion der Nebenniere, Geschlechts- und Schilddrüse. *A. Jordan.*

Berson und *Loweiko:* **Ein Fall von Morbus Recklinghausen.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Der beschriebene typische Fall von Recklinghausenscher Krankheit, welcher einen 40jähr. Mann betraf, bot Zeichen der Hypoplasie einer ganzen Reihe endokriner Drüsen. *A. Jordan.*

Hirsch: **Fall von Querschnittläsion des Rückenmarks bei Morbus Recklinghausen in Abhängigkeit von Schwangerschaft.** M. K. 1927, 26.

Kasuistik einer 37jährigen Schwangeren, die im 6. Lebensjahre eine Kyphoskoliose im 6. Dorsalsegment erwarb. Seit drei Jahren Neurofibrome besonders um Mammae, also in Gegend des 5. und 6. Thorakalsegments. Dann seit Gravidität im 7. Monat totale spastische Lähmung beider Beine und Sensibilitätsstörung vom 6. Thorakalsegment abwärts. Nach Sturzgeburt im 10. Monat dauernd zunehmende Besserung der Lähmung. Verf. bezieht das Wachstum eines zweifellos an Rückenmarkswurzel sitzenden Neurinoms auf Schwangerschaft, das mit Aufhören der Schwangerschaft spontan zurückging, zumal Fälle berichtet sind, wo solche Neurinome sich bis auf Hinterlassung eines leeren Hautsackes zurückbildeten. Uns Dermatologen interessiert hier besonders die auffällige anscheinende Abhängigkeit des Sitzes des Neurinoms im 6. Segment zum Sitz der besonderen Häufung der Neurofibrome um die Brüste und deren besonders starke Pigmentierung ebendort. *Siegfried*-Aachen.

Porter: **Basal Metabolism in Ichthyosis. (Grundumsatz bei Ichthyosis.)** The B. j. o. D. a. S. 1926, 12.

Von der Erfahrung ausgehend, daß die ichthyotischen Krankheiten besonders häufig mit verminderter Thyreoidtätigkeit zusammenhängen (Myxödem usw.), hat Verf. sich der ebenso dankenswerten wie schwierigen Aufgabe unterzogen Grundumsatzbestimmungen sowohl bei ichthyotischen Kranken wie deren äußerlich gesunden Müttern, letztere in sechs Fällen,

Digitized by Google

vorzunehmen. An ichthyotischen Kranken kamen zehn in Betracht. Dabei ergab sich, daß 66,6 % der Mütter einen übermäßigen Stoffwechselumsatz hatten, während 70 % der kranken Kinder unternormale Resultate gaben. Weiter fiel auf, daß je geringer der unternormale Umsatz bei den kranken Kindern war, um desto sicherer Besserungen mit Thyreoidextrakt zu erzielen waren. Daß die Ichthyosis meist nur bei Flaschenkindern oder nach Absetzen von der Brust, also nach neun Monaten post partum etwa, einsetzt, erklärt sich daraus, daß Thyreoidstoffe mit der Milch der exzessiv arbeitenden Mutter auf das Kind übergehen und so seine unzulänglich arbeitende Schilddrüse während des Stillens kompensieren. Flaschenkindern fehlt dieser Schutz schon gleich nach Geburt. Verf. sieht also im Hypothyreoidismus die häufigste Ursache der Ichthyosis. Dafür sprechen manche angeführte Autopsieergebnisse mit defektiven Schilddrüsen. Durch Feststellung des Grundumsatzes läßt sich eruieren, ob im vorliegenden Falle auf Besserung zu rechnen ist, eben dann, wenn dieser unternormal ist. Auf jeden Fall aber soll man Thyreoidextrakt versuchen, da 70 % der kranken Kinder und 25 % der Erwachsenen unternormalen Grundumsatz zeigen. Ein Parallelgehen der Schwere der Ichthyosis mit der Größe des unternormalen Grundumsatzes besteht aber nicht. Dazu 30 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

Brugsch: **Akromikrie oder Dystrophia osteo-genitalis.** M. K. 1927, 3.

Verf. stellt seinem erläuternden Vortrag die genaue Kasuistik eines jetzt 23jährigen Mädchens voran, mit Weichteil-Knochenveränderungen an Händen und Füßen, mit Amennorrhoe und Diabetes insipidus. Dazu fünf Röntgendiagramme, die in Händen und Schädel Antiskeletoplastik, Knochenabbau und Knochenumbau zeigen. Durchleuchtung der Hypophysengegend ergab einen wohl tuberkulösen Prozeß in der Hypophysengrube, der die Hypophyse einengte. Die Akromikrie, die der Akromegalie gegenübergestellt wird, beruht hier wohl auf Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens, während die Akromegalie mit Überfunktion des Hypophysenlappens zusammenhängen soll. Im Gegensatz zur Akromegalie stand bislang die Dystrophia adiposo-genitalis (nach *Fröhlich*), das ist nach Verf. falsch. Gegensätze sind vielmehr: Akromegalie und Akromikrie bzw. Dystrophia osteo-genitalis, wie in unserem Falle. Auch Amennorrhoe ist als Symptom der Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens anzusehen, der den Zyklus der Menstruation regelt. Weiter soll normales Hypophysensekret die hormonale Steuerung der Kapillaren besorgen, die hier fehlt.

Siegfried-Aachen.

Sutejew: **Zur Klinik und Pathogenese der familiären symmetrischen Keratodermie der Handflächen und Fußsohlen.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 2.

In den drei beschriebenen Fällen von Keratodermia symmetrica fanden sich, außer der Erblichkeit, Hinweise auf Funktionsstörungen seitens der Schilddrüse und der Geschlechtsdrüsen. *A. Jordan.*

P. Pawloff: **Zur Frage der pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Porokeratosis Mibelli.** Russkij Westnik Dermatologii. 1926. Nr. 10.

Die histologische Untersuchung zweier einschlägiger Fälle lehrte Verf., daß, wie schon *Martinotti* hervorgehoben hat, bei dieser Erkrankung

Digitized by Google

die Hypertrophie des Str. lucidum, genannt von *Martinotti* Hypereleidosis, eine wesentliche Rolle spielt, woher er anstatt Porokeratosis den Namen Hypereleidosis excentrica atrophicans vorschlägt. *A. Jordan.*

Ch. Laurentier und *A. Valdiguié:* **Lipomatosis und Hypercholesterinämie.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 5. 1927.

Ergänzung von zwei früheren Berichten über sechs Fälle durch vier neue Beobachtungen von Hypercholesterinämie bei Lipomatosis, wodurch eine gewisse Ähnlichkeit in dem Verhalten von Xanthomen und Lipomen zustande kommt. *Zurhelle*-Bonn.

A. Alexander (Charlottenburg): **Zur Klinik und Pathogenese der Erythrocyanosis crurum puellarum.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 18. 1927.

Es werden fünf Fälle beschrieben, bei denen sich die Hautaffektion bereits seit langen Jahren ohne wesentliche Veränderungen oder Verschlimmerungen findet. Es handelt sich dabei um eine blaurote, feste, manchmal unscharf gegen die Umgebung abgesetzte, manchmal aber jäh polsterartig gegen die gesunde Haut abfallende Infiltration am unteren Drittel der Unterschenkel, verbunden mit einer an Keratosis rubra pilaris erinnernden Veränderung der Follikel an den Beinen. Die bedeckende Haut ist nur wenig faltbar. Durch Fingerdruck läßt sich kein Ödem hervorbringen. Das Krankheitsbild der Erythrozyanosis ist bisher noch nicht genau umgrenzt, und es sind mehrere Affektionen, die mit ihm nicht in direkter Beziehung stehen, damit vermengt worden. Die manchmal in den blauroten Infiltraten auftretenden zinnoberroten Flecken, die nach einiger Zeit wieder verschwinden, haben Veranlassung gegeben, die Affektion als verwandt mit dem Erythema induratum hinzustellen, trotzdem beide Krankheiten sicher nichts miteinander zu tun haben. Ebenfalls gehören die manchmal in diesen Infiltraten auftretenden Ulzera nicht zum Krankheitsbild, da dasselbe meist viele Jahre völlig unverändert bestehen bleibt. Die Hautveränderungen beim Frost sind der Erythrozyanosis ziemlich ähnlich, es fehlen die permanenten, steil abfallenden blauroten Polster. Ebenfalls ist beim Frost im Sommer meist eine Rückbildung der Erscheinungen konstatierbar. In den beobachteten Fällen konnten keine Zusammenhänge der Erkrankung mit Veränderungen an den weiblichen Genitalien, dem autonomen Nervensystem oder der Thyreoidea festgestellt werden. Infolge der schlechten Zirkulationsverhältnisse können sich auf diesen Partien sekundär Erythema Bazin Knoten und Frostschäden entwickeln, die aber nicht in direktem Zusammenhang mit der Erythrozyanosis stehen. *Krüger*-Sagan.

Stewart: **Some observations on a condition of chronic Erythema of the legs. (Einige Beobachtungen über eine Art chronischen Erythems der Beine.)** The B. j. o. D. a. S. 1927. 3.

Dieses Leiden wird ja inzwischen in allen nördlichen Kulturländern besonders allen Dermatologen zu Gesicht gekommen sein, seitdem die fast kniefreie Rockmode bei dünnen Seidenstrümpfen bei unserer Frauenwelt sich fast restlos durchsetzte, denn nur bei weiblichen Personen hat man das Leiden bislang gesehen. Es äußert sich in vaskulärer Stase der Haut von Unterschenkeln und Füßen, erzeugt durch gleichzeitige Kontraktion der Arteriolen und Dilatation von Kapillaren und kleinen Venen.

Digitized by Google

Auf Druck, der keine Vertiefung hinterläßt, verschwindet die livide Farbe, um sofort wiederzukehren. Das Leiden kommt meistens vor bei plumpen, schlaffen und trägen Personen, es ist daher oft familiär. Ätiologisch spricht sicher Kälte ein gewichtiges Wort mit. Aber darüber hinaus muß noch ein besonderer Defekt vorliegen, vielleicht endokrines Versagen, für das schon alle möglichen inneren Drüsen beschuldigt worden sind, ebenso toxische Umsatzstoffe. Differentialdiagnostisch: Bazin, Erythema pernio, Raynaud mäßigen Grades. Da Kalk im Blute einen kontraktorischen Effekt auf das durchströmte Gefäß nachgewiesenermaßen hat, ging Verf. diesem Problem nach und untersuchte den Kalkgehalt im Blutserum von 12 Fällen, ohne irgendeine Verminderung desselben feststellen zu können. Einige Fälle im Gegenteil hatten vermehrten Kalk. Also ist wohl ein Versuch, dem Leiden beizukommen, durch Ca-Medikation aussichtslos.

Siegfried-Aachen.

J. Kaufmann and *J. F. Mc. Intosh:* **Chronic erythema of the legs. (Chronisches Erythem der Beine).** (New York.) Journ. Americ. med. Ass. 1927. Nr. 6.

Verfasser schildern einen Fall aus dem Royal Victoria-Hospital in Montreal, der ein 18jähriges Mädchen betrifft. P. war öfters der Kälte ausgesetzt. Erythem bestand seit zwei Jahren an Händen und Füßen, erzeugte subjektiv starke Schmerzen und Kältegefühl. Auf Tuberkulingaben weder örtliche noch Allgemeinreaktion. Ophthalmoskopisch wurden Glaskörpertrübungen als Zeichen einer Uveitis nachgewiesen. Pulmones o. B. Therapie: Lebertran, Arsen, Thyreoidextrakt, Hydrotherapie.

Röntz-Bonn.

Roxburgh: **Chondro-Dermatitis nodularis chronica helicis.** The B. j. o. D. a. S. 1927, 3.

Zu den bislang beschriebenen etwa 30 Fällen obigen Leidens, das als Einheit für sich anzusehen ist, bringt Verf. einen neuen Fall. 49jähriger Offizier hat seit fünf Jahren am freien Rande des rechten Helix einen ovalen, etwa 5 mm im längsten Durchmesser betragenden Knoten von harter Konsistenz und auf Druck schmerzend, so daß Schlafen auf der rechten Seite fast unmöglich. Der Knoten zeigt eine kleine zentrale Kruste, die sich leicht entfernen läßt. Radium versagte. Darauf Exzision unter Lokalanästhesie mit dem Erfolg, daß nach anfänglicher glatter Narbe an beiden Enden derselben wieder Schmerzen auftauchten, die nach zwei Monaten resultierten in Bildung zweier gleicher Geschwülste von 5 und 7 mm Durchmesser. Die Histologie, die sehr genau gegeben ist, läßt nicht erkennen, ob jener chronische Entzündungsprozeß in der Epidermis, Derma oder im Knorpel beginnt. Da die Läsion oft am vorspringendsten Ohrpunkt sich zeigt, könnte man an Trauma denken. Als einziges, auch noch, wie oben beschrieben, unsicheres Heilverfahren kommt zur Zeit nur Ausschneiden in Frage. CO_2-Schnee macht dagegen Rezidive.

Siegfried-Aachen.

R. Steiner (Wieden): **Sarkoide Tumoren im Anschluß an intramuskuläre Hg.-Paraffininjektionen.** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 48. 1926.

Bei einer luetischen Pat. waren im Anschluß an eine Behandlung mit intramuskulären Hg-Paraffininjektionen etwa nach einem Jahr in der Glutäalgegend in der Muskulatur faustgroße, derbe, großhöckrige Tumoren

Digitized by Google

aufgetreten. Daneben bestanden noch zahlreiche derbe, intrakutan gelegene, graubraunrote Knötchen, die klinisch den Eindruck von Effloreszenzen des Boekschen Sarkoid machten. Wa.R. war positiv. Im Verlauf einer antiluetischen Behandlung bildeten sich zuerst die intrakutanen, später auch die intramuskulären Knoten zurück. Nach drei Monaten trat dann wieder an derselben Stelle in der gleichen Form ein Rezidiv auf, das sich ebenfalls, allerdings wesentlich langsamer, unter antiluetischer Behandlung zurückbildete. Histologisch wurden von beiden Stadien intrakutane Knoten untersucht. Beide zeigten strangartig angeordnete Züge epitheloider Zellen mit vereinzelt eingestreuten Riesenzellen. Im Gegensatz zu den älteren Effloreszenzen enthielten die frischen reichlich wahllos eingestreute lymphoide Zellen. Die Ätiologie dieser Tumoren ist nicht einfach zu erklären. Sie für im Zusammenhang mit der Lues stehend zu halten wegen der Rückbildung unter spezifischer Behandlung, ist nicht angängig, denn es fehlt der Nachweis der Erreger. Tuberkulose ließ sich bei der Pat. nicht nachweisen. Pirquet war mehrfach negativ. Ebenfalls ist die Anschauung einer sarkoiden Gewebsdiathese, ähnlich der Keloidbildung, als solche nicht zu vertreten. Verf. glaubt, daß das Sarkoid durch bisher unbekannte Erreger ausgelöst wird und daß in diesem Falle die Hg-Paraffininjektionen nur als auslösendes Moment zu betrachten sind und lediglich für die Lokalisation der Erkrankung von Bedeutung sind. *Krüger*-Sagan.

Buchbesprechungen.

Gotthold Herxheimer: *Krankheitslehre der Gegenwart.* Strömungen und Forschungen in der Pathologie seit 1914. Dresden 1927. Th. Steinkopf. Pr. geb. Mk. 13,50.

In diesem der naturwissenschaftlichen Reihe der von Dr. *R. E. Liesegang* herausgegebenen „Wissenschaftlichen Forschungsberichte" gibt der Wiesbadener Pathologe in anregender und interessanter Weise einen vielseitigen Überblick über den Stand der pathologischen Forschung und der Streitfragen, die in den Strömungen der letzten Zeit hervorgetreten und lebhaft erörtert worden sind. Nach einer allgemeinen, auch die Entwicklung der verschiedenen Richtungen in Kunst und Geisteswissenschaften berührenden Einleitung beschäftigen sich die folgenden Kapitel des 256 Seiten umfassenden Buches zunächst mit der Berechtigung der *Zellularpathologie R. Virchows* und *Rickers* Einwänden dagegen, wobei der Autor in Übereinstimmung mit vielen bedeutenden Fachgenossen nicht für den Umsturz, sondern den weiteren Ausbau der Virchowschen Lehre im Sinne auch einer Inter- und Intrazellularpathologie und der vollberechtigten gesamtorganismischen Betrachtung eintritt. Dabei wird auch die Frage der allgemeinen Reizbarkeit der Zellen und *Rickers* Lehre von dem Angreifen der Reize nur am Nervensystem näher behandelt. Ein weiteres Kapitel gilt der für jeden Arzt so wichtigen *Entzündungs*frage, worin *H.* sich unter Berücksichtigung der Lehren *Marchands, Lubarschs, Roeßles* vor allem mit *Aschoffs* Begriffsbestimmung und *Rickers* Versuchen und Schlüssen auseinandersetzt. Es folgt dann ein Abschnitt, der die sogenannten *Degenerationen* (Amyloid, Verfettung, Xanthomatose, Atheromatose und vieles andere) behandelt. Hierin erfährt auch der Cholesterin- und Lipoidstoffwechsel, der uns Dermatologen interessiert, eine eingehende Dar-

Digitized by Google

stellung; auch die *Bloch*sche Lehre von der Herkunft und Natur des Pigments und die Rolle der Lues und des Salvarsans beim Ikterus seien hier herausgegriffen. In dem dann folgenden Kapitel über *Infektion* dürften die Ausführungen über Immunität und die Rolle des retikulo-endothelialen Systems bei Abwehrleistungen auch bei uns Interesse finden. Im weiteren Kapitel *Geschwülste* werden die neuen Forschungsergebnisse über Krebserzeugung durch Teer usw. unter Berücksichtigung der wichtigen Arbeiten *Warburgs* kurz, aber treffend zusammengestellt und in ihrer Bedeutung gewürdigt. Auch der den *endokrinen Drüsen* und ihrer Pathologie gewidmete Abschnitt ist vielseitig beleuchtet und berührt die Frage der Konstitutionsanomalien und Vererbung. In dem Schlußwort des geistvoll geschriebenen und eine große Kenntnis der ungemein reichen Literatur bezeugenden Werkes faßt der Verfasser seine Ansicht noch einmal dahin zusammen, daß *R. Virchows* geniales Lebenswerk nicht gekürzt zu werden brauche, daß es vielmehr groß genug sei, um den Ausbau zu einer wirklichen *Pathobiologie*, die auch sein letztes Ziel war, zu vertragen. *E. H.*

E. Lehner und **E. Rajka:** *Allergieerscheinungen der Haut.* Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Dermatologie und Syphilidologie. Halle 1927. C. Marhold. Pr. geh. Mk. 6,60.

In diesem 228 Seiten umfassenden Heft geben die Verfasser eine sehr lesenswerte Übersicht über dies wichtige und in letzter Zeit viel behandelte Kapitel, das uns Dermatologen ja ganz besonders interessiert. Als Grundlage dient ihnen die *Doerr*sche Annahme, wonach sämtliche allergischen Prozesse auf eine Allergen-Reagin- bzw. Antigen-Antikörperreaktion zurückzuführen sind; sie stützen sich ferner auf eigene Untersuchungen, die sie an der Klinik von Professor *Török*, dem das Heft gewidmet ist, ausführen konnten. In einzelnen Abschnitten behandeln sie Begriffsbestimmung, Kriterien und Wesen der Allergie sowie die Angriffspunkte der in Betracht kommenden Substanzen an den verschiedenen Gewebselementen der Haut. Dann werden die Allergene selbst, die angeborene und erworbene Allergie unter Besprechung der Sensibilisierung und Desensibilisierung und der Methoden zu ihrem Nachweis (lokale und allgemeine) abgehandelt. Im zweiten speziellen Teil werden der Reihe nach Urtikaria, Prurigo, Pemphigus, Dermatitis und Ekzem, aktinische Dermatosen, Dermatomykosen und akute und chronische Infektionskrankheiten unter diesem Gesichtspunkt besprochen. Ein genaues Literaturverzeichnis erhöht den Wert des Heftes, das über dies schwierige Gebiet eine sehr lesens- und dankenswerte Übersicht gibt. *E. H.*

R. Franz: *Die Gonorrhöe des Weibes.* Wien 1927. Julius Springer. Pr. geb. Mk. 13,20.

Das vorliegende Buch über die Gonorrhöe des Weibes, ein Grenzgebiet zwischen Gynäkologie und Dermatologie, stammt aus der Feder eines Gynäkologen, der aber als Assistent an der Dermatologischen Klinik in Wien (Hofrat *Finger*) tätig war. Aus den Erfahrungen beider Fächer hat das Buch in jeder Hinsicht gewonnen. Nach einer knappen Übersicht über die Geschichte der Gonorrhöe, über die Biologie des Erregers und einem allgemeinen Kapitel über die gonorrhöische Infektion wird die Klinik der weiblichen Urogenitalgonorrhöe eingehend besprochen. Die normale und pathologische Anatomie ist zu Beginn eines jeden Kapitels eingehend berücksichtigt als Voraussetzung für die gründliche Erkenntnis des Krankheitsbildes. Bei der Therapie werden in einem besonderen Kapitel die Vakzination und die Proteinkörperbehandlung besprochen. Weiterhin werden der Verlauf der Gonorrhöe

Digitized by Google

in der Schwangerschaft und im Wochenbett und die Erkrankungen des Mastdarmes und der vom Genitale entfernt liegenden Organe abgehandelt, soweit zwischen diesen und der gonorrhöeischen Infektion ein ursächlicher Zusammenhang angenommen werden darf. In einem besonderen Kapitel wird die kindliche Gonorrhöe beschrieben. Die Schlußbemerkungen bringen die verschiedenen Arten der Provokation, sowie allgemeine Richtlinien für die Bekämpfung der Gonorrhöe. Das aus großer Erfahrung geschriebene Buch wird dem Dermatologen viel Interessantes und reiche Anregung geben.

G. H. Klövekorn (Bonn).

G. Marañon: *Prädiabetische Zustände.* Abhandlungen aus dem Gebiete der inneren Sekretion. Heft. 5. Budapest 1927. Rudolf Novak & Co. Pr. Mk. 2,60.

Bei der Tatsache der beträchlichen Zunahme des Diabetes in den letzten Dezennien ist besonders die Erkenntnis der prädiabetischen Zustände von großer Wichtigkeit. Wie aus einer Statistik des Verfassers hervorgeht, spielen bei diesen auch dermatologische Erkrankungen eine große Rolle. Von 224 diabetischen Fällen, die in den letzten Jahren in die Behandlung des Verfassers kamen, war bei 34 das Anfangssymptom, das sie bewogen hatte, den Arzt aufzusuchen, Juckreiz, Furunkulose oder andere Hautkrankheiten; besonders der Juckreiz zeigte sich oft als einziges Zeichen von latenter Diabetes. Das Buch wird jedem Dermatologen reiche Anregung geben.

G. H. Klövekorn (Bonn).

W. Lüttge und **W. v. Mertz:** *Alkohol-Extrakt-Reaktion.* AER. zum Nachweis von Schwangerschaft, Karzinom, Geschlecht des Kindes usw. Leipzig 1927. S. Hirzel. Pr. geb. Mk. 15.

Die Alkoholextraktreaktion hat sich entwickelt aus der Serumsubstratreaktion, insonderheit aus dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren. Es entstand zunächst das Alkoholverfahren der Serumsubstratreaktion (modifizierte Abderhaldensche Reaktion), danach die Kochsalzextraktreaktion, und über einige Trübungsphänomene hinweg entwickelte sich die AER. Der Unterschied zwischen dem Abderhaldenschen Verfahren und der AER. besteht darin, daß erstere eine kolloidchemische Reaktion auf rein fermentativer Basis ist, die AER. dagegen eine Ionenreaktion, die mit Fermenten nichts zu tun hat; die Kernprobleme beider Reaktionen sind aber wahrscheinlich identisch. Das flüssig geschriebene Buch gibt interessante Ausblicke und Anregung zur Mit- und Weiterarbeit. *G. H. Klövekorn* (Bonn).

S. Matsumoto: *Iconographia Dermatologica, Syphilidologica et Urologica.* Kyoto (Japan) 1927.

Die vorliegende Lieferung mit japanischem und deutschem Text zeugt von dem hohen künstlerischen Wert des Unternehmens und der vorzüglichen Wiedergabe. Beabsichtigt ist, typische, atypische und seltene Hautaffektionen zu bringen, besonders auch Fälle, die im Orient und in den Tropen heimisch sind. Ebenso sollen Bilder von Veränderungen und Krankheiten der Harnorgane, sowie hin und wieder solche von experimentellen Ergebnissen aus dem Gebiete der Dermatologie, Syphilidologie und Urologie eine Stätte finden.

Zurhelle (Bonn).

Lues, *Bulletin de la Société Japonaise de Syphiligraphie.* Vol. I. Nr. 1. Kyoto (Japan) 1927.

Die neue Zeitschrift bringt Originalartikel, klinische Beiträge, Sitzungsberichte und Feuilleton in japanischer, französischer, englischer und deutscher Sprache. *Zurhelle* (Bonn).

Digitized by Google

Personalien und Tagesnachrichten.

Geh.-Rat Dr. *Oscar Rosenthal*, Ehrenpräsident und früherer langjähriger Vorsitzender der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, hat am 25. Dezember 1927 seinen 75. Geburtstag gefeiert. Die genannte Gesellschaft hat ihm durch eine aus den Herren *Bruhns*, *Ledermann* und *Pinkus* bestehende Deputation ihre herzlichsten Glückwünsche ausgesprochen, denen sich Herausgeber, Mitarbeiter und Verlag dieser Zeitschrift mit den herzlichsten Wünschen für sein weiteres Wohlergehen anschließen.

Zum Rektor der Universität *Freiburg* für das Studienjahr 1928/29 ist der Direktor des Hygienischen Instituts Geh.-Rat Prof. Dr. *Paul Uhlenhuth* gewählt worden, dem die Syphilidologie einen bedeutenden Anteil an der Einführung der Arsentherapie der Syphilis verdankt.

Prof. *Rille* feierte am 10. November das 25jährige Jubiläum als Direktor der Dermatologischen Klinik in Leipzig.

Dr. *W. Leipold*, Assistent der Dermatologischen Klinik in Greifswald, hat sich für das Fach der Dermatologie in *Greifswald* habilitiert.

Prof. *Petges* in Bordeaux wurde als Nachfolger des emeritierten Prof. *W. Dubreuilh* zum Professor der Dermatologie ernannt.

Dr. *Thomas Caspar Gilchrist*, Professor der Dermatologie an der John Hopkins schol of Cedicine in Baltimore ist gestorben. Er war ein bedeutender Dermatologe und hat sich durch seine Studien über Blastomykose, Urtikaria usw. einen Namen gemacht; auch auf dem 6. internationalen Dermatologenkongreß in New York zeichnete er sich besonders aus.

Dr. *Erich Böttger*, Assistent der dermatologischen Abteilung am Stadtkrankenhaus in Chemnitz, wurde zum Leiter der Geschlechtskrankenabteilung am Krankenhaus in Kiel gewählt.

Die *Japan. Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* (Präsident Prof. *K. Dohi*) feierte ihr 25jähriges Bestehen in Verbindung mit einem Gedenkakte für *A. Neißer*.

An der Wiener medizinischen Fakultät findet vom 13.—25. 2. 1928 ein ***internationaler Fortbildungskurs*** statt. Er bringt wieder ein sehr reichhaltiges Programm in Gestalt sehr zahlreicher Vorträge, und zwar aus dem Gebiete der gesamten Dermatologie und Syphilis. Auskunft erteilt das Bureau, Wien VIII, Schlösselgasse 22, an das auch die Gebühr von 50 S. für die Teilnehmerkarte zu zahlen ist.

Das *Odessaer dermato-venerologische Staatsinstitut* (Glawtsche Institut) hielt zur Feier seiner 10jährigen wissenschaftlich-praktischen Tätigkeit am Sonnabend, den 14. Januar 1928 eine Festsitzung ab, zu der auch deutsche Gelehrte Einladungen erhalten haben.

Die im Jahre 1854 begründete *Münchner Medizinische Wochenschrift* hat am 1. Januar ihren *75. Jahrgang* begonnen.

Digitized by Google

I.

(Aus der Dermatologischen Klinik und der Medizinischen Poliklinik in Zürich.)

Über einen eigentümlichen, zum Teil segmentär und halbseitig angeordneten Fall von progredienter Atrophie der Haut und der Muskeln mit Pigmentverschiebung.

Von

SAMUEL M. PECK und MANES KARTAGENER.

Im folgenden soll über einen Fall berichtet werden, der wegen einer eigenartigen, mit Muskelatrophie kombinierten Hautatrophie klinisches Interesse bietet.

Es handelt sich um einen 22jährigen Mann, M. B., Spediteur. Eintritt in die Klinik am 3. 6. 1927.

Anamnese: Familienanamnese o. B. (keine Nerven-, keine Muskel- oder Gelenkerkrankungen). Patient erinnert sich nicht, daß seine Eltern jemals etwas Anormales an ihm bemerkt hätten. Als Kind Masern, sonst immer gesund, spielte immer mit den anderen Kindern ganz normal. Schulbesuch o. B. Patient kann sich nicht an irgendein schwereres oder leichteres Trauma erinnern.

Mit 10 Jahren Pigmentierung am linken Oberschenkel, einige Jahre später bemerkte Patient auch Pigmentierung am linken Oberarm. Von der Pigmentierung an anderen Stellen des Körpers wußte Patient nichts, bis sein Arzt ihn vor kurzer Zeit darauf aufmerksam machte.

Erst vor 2 Jahren, im Militärdienst, bemerkte Patient, daß sein linkes Bein etwas schwächer war als das rechte; wenn er das Körpergewicht auf das linke Bein verlegte, konnte er sich nicht halten und fiel um. Dies bemerkte er auch einige Male, wenn er den Tornister auf dem Rücken trug oder beim Steigen. Seit 2 Jahren beim Gehen auf der Straße plötzlich *Krämpfe*, die am linken Bein, an Wade und Fuß anfangen und bis in die Hüfte aufsteigen. Das ganze linke Bein ist dann steif, unbeweglich, sehr schmerzhaft. Diesen Krampf kann Patient jederzeit durch übermäßige Plantarflexion des Fußes willkürlich auslösen. Ein einzelner Krampfanfall dauert jeweilen zirka 3 Minuten und kann durch Kontraktion der Extensoren und deren Unterstützung durch Anstämmen des im Fußgelenk dorsal flektierten Fußes am Boden gelöst werden. Die Krämpfe stellen sich gewöhnlich nach starker Ermüdung oder nachts ein. Im letzten Jahr traten auch zeitweise beim Violinspielen Krämpfe der Finger auf, während welcher die Hand einige Minuten lang in Klauenstellung verharrt. Die Beugesehnen sollen dabei wie derbe

Digitized by Google

Stränge angespannt sein. In derselben Zeit bemerkte Patient auch beim Bücken Krämpfe in der Nacken- und Thoraxmuskulatur. In den letzten sechs Monaten dieselben Krampfanfälle im Fuß und Waden rechts, hier steigen sie aber nicht höher als bis an das Knie. Abgesehen von diesen Krämpfen und einer leichten Ermüdbarkeit in der linken Hüfte, wurden an der Muskulatur keine Veränderungen beobachtet. Er muß im Beruf schwere Lasten heben, schwimmt und fährt Velo ohne Beschwerden. Beim Reiben des linken Unterschenkels an der Hose entstehen oberflächliche Wunden, die aber sehr leicht abheilen. Eine ähnliche Schürfung, die Patient letzthin im Militärdienst akquirierte, ist der Grund der Einweisung in die Klinik.

Vor einem Jahr unkomplizierte Gonorrhöe, die nach 2 Monaten abgeheilt war. Lues-Infektion wird negiert.

Status praesens: Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Gewicht 70,7 kg. Körperlänge 184 cm.

Haut:

Behaarter Kopf: Haut normal, keine Schuppung, Haare reichlich, im ganzen dunkel gefärbt, aber ganz unregelmäßig zerstreut vollständig weiße, unpigmentierte Haare.

Gesicht: Allgemeine Gesichtsfarbe im ganzen etwas bräunlich. An der rechten Schläfe ein etwa 50-Cents-Stück großer, leicht hyperpigmentierter Fleck. In der Schnurrbartgegend zerstreute, etwa stecknadelkopfgroße leicht hyperpigmentierte Punkte. Rechte Augenbrauengegend normal, Haare dunkel. Linke Augenbrauengegend: Die Haut ist hier sehr pigmentarm, fast pigmentlos. Die medialen drei Viertel der Augenbrauen sind vollständig pigmentlos, weiß. Die weißen Haare im ganzen eher etwas dünner, als diejenigen des noch vorhandenen lateralen Viertels und diejenigen der rechten Augenbraue. Das linke obere Augenlid ist z. T. pigmentarm, hell, z. T. in ganz unregelmäßigen verwaschenen Flecken leicht hyperpigmentiert. Die depigmentierte Haut erscheint etwas verdünnt. Ohren: Beide Ohren, stärker das linke, zeigen eine abnorme Konfiguration. Die Ohrmuscheln sind auffallend dünn, glatt und machen besonders an der Helixpartie einen atrophischen Eindruck. Die normalen Furchungen und Wölbungen fehlen, und die obere Hälfte des Ohres, speziell die Helixpartie, erscheint wie ein glattes schmales Brett. Der äußere Rand ist ganz schmal, glänzend, von einer blassen atrophischen Haut überzogen. Die Vorderfläche der ganzen Helixpartie ist ebenfalls glatt, ohne irgendwelche Furchung, schaufelartig, von einer etwas verdünnten Epidermis straff überzogen, zahlreiche feinste Teleangiektasien aufweisend (besonders links). Die Retroaurikulardrüsen beidseitig vergrößert.

Die Hauptveränderungen der Haut finden sich am Hals, Stamm und Extremitäten, vorwiegend, aber nicht etwa ausschließlich, auf der linken Rumpfhälfte. Sie bestehen in teils netz-, teils fleckenförmiger, teils diffuser Braunfärbung der Haut, stellenweise auch in deutlich atrophischen Erscheinungen.

Hals: Die Veränderungen des Halses beschränken sich ausschließlich auf die linke Hälfte. Sie beginnen hinten etwa zwei Finger breit nach links von der Halswirbelsäule und erstrecken sich in einem breiten Bande, das unterhalb des Unterkiefers beginnt und bis an die Klavikulargrube reicht, nach vorn, wo sie ungefähr über der Mittellinie aufhören. Sie bestehen in einer, teils diffusen, teils in welligen Bändern, quer nach vorn zu verlaufenden eigentümlichen Braunfärbung der Haut. Es handelt sich um ein kräftiges

Digitized by Google

Braun, das sich von einer gewöhnlichen, auf eine Bestrahlung folgenden Hyperpigmentation der Haut durch ein etwas dunkleres, ins Schiefergraue spielendes Kolorit unterscheidet. An der hinteren Partie ist die Braunfärbung diffus mit Aussparung eines etwas helleren, ganz leicht erhabenen, follikulären Bezirks. Nach vorn zu löst sich die Braunfärbung auf in etwa 2 mm breite, annähernd parallel verlaufende wellige Linien, so daß dadurch eine zebraartige Streifung zustande kommt. Gegen das Ohr zu, sowie gegen die Klavikula, wird die Braunfärbung fleckig; es sind etwa stecknadelkopfgroße, stellenweise konfluierende, nicht erhabene braune Flecke. Hier findet sich auf einem etwa 7 cm großen Bezirk außer der Braunfleckung noch eine sehr auffallende, helle, fleckige Zeichnung: stecknadelkopf- bis hirsekorngroße scharf umschriebene Partien der Haut sind hier weißlich, mit einem leicht gelblichen Unterton, viel heller, als die sie umgebende normale Haut und stechen sehr stark ab. Die Begrenzung dieser Flecke ist unregelmäßig zackig. Wenn man die Haut anspannt, so sieht man, daß in diesen hellen Flecken die Epidermis ganz fein gefältelt, glänzend und anscheinend atrophisch, haar- und follikellos ist. In der Konsistenz unterscheiden sich aber diese atrophischen Flecke weder von der normalen noch von der hyperpigmentierten Haut. Sowohl vorn als hinten ist die Abgrenzung der veränderten hyperpigmentierten Halspartie gegenüber der gesunden eine ziemlich scharfe, linear von oben nach unten gehende.

Stamm: Am Stamm ist die Haut an folgenden Bezirken verändert:

In einem zirka 5 cm breiten Band, das etwas nach unten und innen von der linken Mamilla beginnt und sich bis genau in die vordere Medianlinie hinzieht. Es findet sich in diesem Bezirk ein aus ganz unregelmäßigen Netzen und Flecken zusammengesetzte Pigmentation. Sie ist weniger intensiv als die am Hals beschriebene, hat einen Stich ins Rötlichgelbe, stellenweise ist auch hier die Haut etwas glänzend, anscheinend ganz fein atrophisch, nirgends pigmentlos. Diffus braun gefärbt ist auch die linke vordere Axillargegend. Die Braunfärbung verliert sich ganz allmählich gegen die Brust hin sowie klavikularwärts. Es handelt sich um eine ganz verwaschene, etwas ins Gelbliche spielende Braunfärbung. An einzelnen Stellen sehr deutlich umschriebene, pigmentlose, atrophische Flecke von ganz unregelmäßiger Anordnung. Axillargegend rechts: kaum verändert. Ein annähernd dreieckiger, an der Medianlinie beginnender und nach links auf das Abdomen sich hinziehender Bezirk findet sich zwei Finger breit oberhalb des Nabels. Er besteht aus leicht bräunlichen verwaschenen Einzelflecken. Die ausgedehntesten und stärksten Veränderungen finden wir an der ganzen Rückenpartie sowie an den Lenden und Nates. Auch hier ist die linke Seite sehr viel stärker befallen als die rechte, und es zeigt sich oft deutlich eine Tendenz einer bandförmigen mehr oder minder deutlich segmentären Anordnung (genauere Details vgl. Schema). Die befallenen Herde nehmen insgesamt gut zwei Drittel der ganzen Rückenpartie ein. Sie sind dadurch gekennzeichnet, daß die Haut entweder in Flecken oder in diffuser Anordnung (letzteres hauptsächlich in den zentralen Partien der großen Herde) in ihrer Farbe verändert ist. Die Färbung erscheint gegenüber derjenigen der normalen Haut als ein eigentümliches, stellenweise ins Rötlichgelbliche spielendes, Braun. Die pigmentierten Partien sind vielfach eigentümlich glänzend, wie fazettiert und ganz leicht atrophisch. Es ist ferner auffallend, daß an all diesen Stellen das *subkutane Gefäßnetz* deutlich durchscheint. Die Follikel an den veränderten Stellen sind flach, oft etwas

Digitized by Google

heller, können aber auch ganz fehlen, ebenso fehlt an diesen Partien die Lanugobehaarung vollständig. An einigen Stellen ist die Atrophie dieser braunpigmentierten Haut deutlicher ausgesprochen, so daß sie gegenüber der normalen umgebenden ganz leicht eingesunken erscheinen. Außerdem finden sich, so z. B. median von der linken Skapula, aber auch sonst hier und da, deutliche atrophische, etwas eingesunkene vollständig pigmentlose Fleckchen, die aus der braunen Umgebung scharf abstechen. Die beschriebenen Veränderungen sind in den größeren Herden, besonders in ihren zentralen Partien, durchaus diffus, so besonders deutlich in dem großen Herd, der sich von der Höhe der linken Spina iliaca anterior superior nach vorn gegen die Pubes zu und nach unten gegen die Trochanteren und die Glutaealgegend hinzieht. Noch häufiger vielleicht, so besonders in den peripheren Partien der großen Herde und in den kleineren, ist die Veränderung eine fleckförmige, indem stecknadelkopf-, linsengroße und größere, umschriebene, ganz unregelmäßig angeordnete Partien der Haut in der geschilderten Weise verändert sind. Außer einzelnen Inseln und bandförmigen Zonen ist nur die ganze linke Glutaealgegend frei.

An den befallenen Partien liegt nun nicht nur eine Atrophie der obersten Schichten, sondern sehr deutlich auch eine solche des *subkutanen Gewebes* und des subkutanen Fettes vor (ganz abgesehen von der noch zu erwähnenden Muskelatrophie). Ein Vergleich der befallenen mit den nichtbefallenen symmetrischen Partien (z. B. linke und rechte Glutaealgegend) ergibt nämlich, daß sich die Haut an den befallenen Partien viel leichter und in viel dünneren Falten aufheben läßt als an den korrespondierenden gesunden Hautstellen. Es ist offensichtlich das Polster unter der Haut geschwunden, so daß sich diese nicht straff über die Unterlage spannt, sondern leicht in dünnen, schlaffen Falten aufheben läßt.

Obere Extremitäten: Von der linken Axilla aus zieht sich ein unregelmäßiges oben breiteres (zirka 6 cm breites), unten peripherwärts schmäleres ($1\frac{1}{2}$—1 cm breites) Band veränderter Haut über den Bizeps, lateralwärts in die Ellbogenbeuge, und von da auf die radiale Hälfte der Beugeseite des Vorderarmes, um etwa handbreit vor dem Handgelenk zu endigen. Dieses Band ist nicht zusammenhängend, sondern besteht aus fleck- und streifenförmig angeordneten, vielfach verwaschenen, mehr oder minder braunen Partien. In dem ganzen Bezirk finden sich, in diese hyperpigmentierte Zone eingestreut, ganz unregelmäßig gestaltete, längliche, im einzelnen etwa stecknadelkopfgroße helle glänzende pigmentlose, atrophisch eingesunkene Partien. Sie sind besonders dort deutlich, wo die umgebende Haut pigmentiert ist. Am Vorderarm besteht der Streifen im wesentlichen aus derartigen hellen atrophischen Stippchen, die hier nur von einer nur mäßig hyperpigmentierten Zone umgeben sind. Auf der Streckseite des linken Vorderarmes nur verwaschene kaum atrophische Flecke.

Die rechte obere Extremität ist vollkommen normal, mit Ausnahme eines etwa handgroßen Bezirkes am rechten internen Epicondylus humeri, innerhalb dessen die Haut ebenfalls eine gelblichbräunliche, teils diffuse, teils makulöse Verfärbung aufweist.

Hände: An den Händen fällt hauptsächlich auf, daß die Haut der ganzen linken Hand sowie der Finger eine deutlich zyanotische Verfärbung zeigt, welche rechts fehlt. Des ferneren ist die Muskulatur an der linken Hand geringer entwickelt, die ganze Hand erscheint schmächtiger als die rechte.

Digitized by Google

Untere Extremitäten: Von der linken Trochanterengegend zieht sich ein breites Band spiralförmig über die vordere Seite des Oberschenkels nach innen. Dieses Band hängt zusammen mit den Veränderungen der linken Abdominalhälfte und der linken Glutaealgegend und bildet mit ihnen zusammen einen großen Herd brauner, wie oben beschrieben, atrophischer Haut. Nach innen zu löst sich dieses zusammenhängende Band in größere Streifen und Flecken von derselben Beschaffenheit auf. Ein zweites Band erstreckt sich von der äußeren Glutaealgegend aus über die Mitte der Hinterseite des Oberschenkels herunter, tritt unterhalb der Kniekehle auf den Unterschenkel, und zwar vorwiegend an der Außenseite der Wade verlaufend bis zum Fuß. Die Beschaffenheit der Haut ist hier dieselbe wie an den anderen Partien, die Haut diffus braun gefärbt, in allen, besonders in den subkutanen Lagen, verdünnt. Soweit sich diese Veränderungen erstrecken, treten auch hier die kutan-subkutanen Gefäße auffallend deutlich hervor. Die ganze linke untere Extremität erscheint erheblich dünner und schmächtiger als die rechte.

Das gleiche gilt vom linken Arm im Verhältnis zum rechten.

Es ist überhaupt auffallend, daß überall dort, wo die Haut in der angegebenen Weise verändert ist, sei es am Stamm oder an den Extremitäten, auch die unter der Haut liegenden Partien an Masse im Vergleich mit den symmetrischen Partien der gesunden resp. weniger befallenen Körperhälfte zurückgeblieben sind. So ist die linke Mammagegend flacher, schmächtiger, die submammare Falte flacher, weniger ausgeprägt als die rechte. Die linke Hüfte verläuft nicht wie die rechte nach außen ausladend, sondern annähernd in senkrechter Linie nach unten. Der linke Oberarm, der linke Unterarm, linker Ober- und Unterschenkel haben durchweg einen geringeren Umfang als die entsprechenden Partien rechts. Auch die linke Halshälfte ist schmäler. Durch diese Veränderung wird bewirkt, daß der ganze Körperbau ein eigentümlich asymmetrisch schiefes Aussehen bekommt. Ebenso steht die linke Skapula viel stärker vor als rechts; wo rechts der Serratus sitzt, ist links eine tiefe Konkavität, ebenso ist die äußere laterale Glutaealgegend links gegenüber der rechten eingesunken.

Behaarung: Die Achselhaare und Pubes sind beidseitig gleich entwickelt. Auffallend ist der Unterschied in der Behaarung des Rumpfes. Während sich hier sowohl auf der Brust als am Abdomen rechts sehr reichliche dunkle, krause Haare befinden, erscheint die linke Körperhälfte haararm resp. haarlos. Es findet sich hier, anschließend an die Mittellinie, auf der Brust eine Gruppe von Haaren, sowie ein Haarkranz um die linke Mamilla. Im übrigen ist die linke Körperhälfte im Vergleich zur rechten glatt, haarlos; speziell sind alle braunen atrophischen Partien vollständig haarlos. Das gilt auch für die von den Hautveränderungen befallenen Teile des linken Oberschenkels. *Es ergibt sich demnach ein enger Zusammenhang zwischen Veränderungen der Haut und der Haare,* in dem Sinne, daß überall dort, wo die Haut im Pigment und in der Struktur verändert ist, die Haare vollständig fehlen.

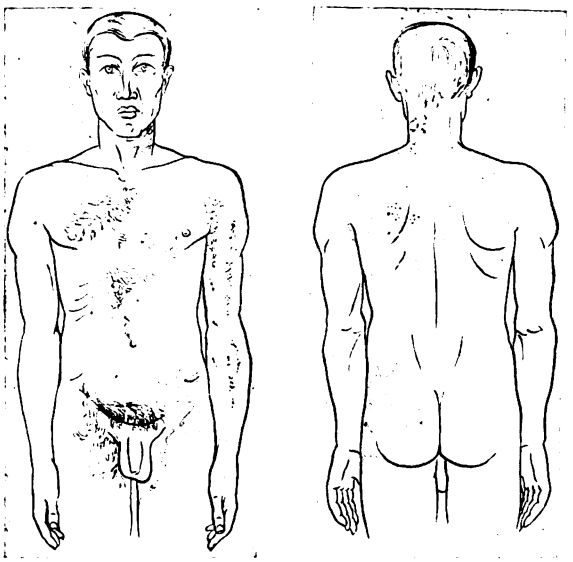
Muskulatur: Von den der Palpation zugänglichen Muskeln sind von Atrophie befallen: *Links: am Hals und Stamm:* Sternocleidomast., Pector. major, sämtliche Bauchmuskeln (speziell die breiten), Trapezius, Latiss. dorsi, Erector trunci; *an der oberen Extremität:* Deltoideus, Coracobr., Biceps, Triceps, Supraspinatus, Infraspinatus, Vorderarmflexoren, Brachiorad., Thenar, Hypothenar, Interossei (speziell im Spatium I—III); *an der unteren Extremität:* Glutaei, Sartorius, Iliopsoas, Quadriceps fem. (bes. Vast. lat.),

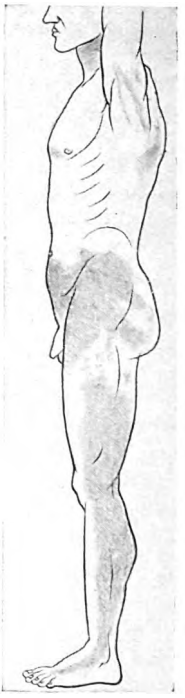
Digitized by Google

Adductoren, Biceps, Triceps surae, Peronaei, Ext. digit. brevis. *Rechts:* Serrat. ant.

Die atrophischen Muskeln zeigen ein deutlich verkleinertes Volumen. In ihrem Bereiche sind die Konturen verstrichen, die normalen Vorwölbungen deutlich abgeflacht. Sie fühlen sich sämtlich derb an und springen stellenweise als derbe Stränge oder Wülste vor.

Maße			rechts	links
Umfang des Oberarmes	10 cm	ob. Epicond. med.	28,5	25,5
„ „ Vorderarmes . . .	10 „	unt. „ „	29,5	26,0
„ „ Oberschenkels. . .	20 „	ob. ob. Pat.-Rand	52,0	45,0
„ „ Unterschenkels . .	20 „	unt. „ „ „	35,0	31,5
Spina il. ant. sup.-Mall. ext.			97,5	97,5





Wirbelsäule: Thorakal: linkskonvexe Skoliose. Lumbal: rechtskonvexe Skoliose und Lordose. Scapula alata links.

Motilität: Aktive und passive Beweglichkeit in sämtlichen Gelenken o. B. Sämtliche Bewegungen, auch das Aufrichten aus horizontaler Lage erfolgen prompt. Während der über 2 Stunden dauernden neurologischen Untersuchung zeigt Patient keinerlei Zeichen der Ermüdung.

Rohe Kraft o. B. Keine wesentliche Differenz zwischen der rechten und der linken Körperhälfte. Stehen und Gehen, auch Treppensteigen o. B. Keine Ataxie. Romberg negativ. Kein Tremor, keine fibrillären Zuckungen. Keine Zeichen von Myotonie.

Reflexe: Untere Bauchdeckenreflexe beiderseits nicht auszulösen. Die übrigen Haut- und Tiefenreflexe normal, beiderseits gleich. Kein Babinski, kein Oppenheim.

Digitized by Google

Elektrostatus: Abgesehen von einer nur stellenweise angedeuteten Herabsetzung der direkten galvanischen Erregbarkeit normale Verhältnisse: direkte und indirekte faradische und galvanische Erregbarkeit, normale Zuckungsformel, Zuckungen blitzartig.

Mechanische Erregbarkeit der Nerven:

	rechts	links
Chvostek	leicht angedeutet (Augenlid)	negativ
Trousseau	negativ	negativ
Peroneus	negativ	angedeutet

Nach mehrmaligem Beklopfen des Peroneus stellt sich der oben beschriebene Krampf der Wadenmuskulatur ein.

Sensibilität: Sämtliche Qualitäten o. B. Keine Parästhesie und keine Schmerzen.

Blase und Mastdarm o. B.

Knochen: Grazil. Abgesehen von der bereits erwähnten Skoliose und Lordose der Wirbelsäule, die wohl durch die Atrophie der Rücken- und Beckengürtelmuskulatur bedingt ist, keine Deformitäten. Röntgenaufnahme des Beckens und beider Füße ergibt keine pathologische Veränderung, insbesondere keine Knochenatrophie.

Kopf: Frei beweglich, keine Asymmetrie des Gesichtes. Hirnnerven o. B. Pupillen reagieren, beiderseits gleich. Röntgenaufnahme der Sella turcica war leider aus äußeren Gründen nicht möglich.

Thyreoidea leicht vergrößert.

Lunge und Herz o. B. Puls rhythmisch, äqual 72. Blutdruck 140/95 (Vaquez).

Röntgendurchleuchtung des Thorax ergibt nichts Pathologisches.

Abdomen o. B. Genitalien: Hoden und Nebenhoden von normaler Größe und Konsistenz.

Urin: Eiweiß, Zucker, Urobilinogen negativ.

Blutstatus:	Hb. corr.	106 %
	Erythrozyten	5,5 Millionen
	Färbeindex	0,96
	Leukozyten	7200
	Neutrophile	50,3 %
	Eosinophile	8,3 %
	Basophile	1,0 %
	Monozyten	10,6 %
	Lymphozyten	29,6 %

Morphologisch o. B.

Gerinnung: erste Fadenbildung nach 3 Minuten, Totalgerinnung nach 4 Minuten.

Chemismus:	Zucker	68,0 mg-%
	Ca	12,4 mg-%
	K	17,2 %
	Rest-N	30,0 mg-%
	Harnsäure	4,0 mg-%
	Kochsalz	61,3 %

Wa.R. negativ.

Digitized by Google

Histologische Untersuchung an drei durch Probeexzision gewonnenen Hautstücken (Hals, l. Trochantergegend, l. Oberarm). Für Dopareaktion und Silberimprägnierung wurden frische Gefrierschnitte verwendet. Das übrige Material wurde in Bouin und Alkohol fixiert, in Paraffin eingebettet und mit Hämalaun, Hämalauneosin, nach *van Gieson*, mit *Weigerts* Elastikafärbung und nach *Unna-Pappenheim* gefärbt.

Hals:

Epidermis von mittlerer Breite, stellenweise eher etwas verdünnt, mit einer normalen Hornschicht bedeckt, nirgends parakeratotische Stellen. Der Papillarkörper ist überall vorhanden, die Papillen von normaler Länge, die interpapillären Leisten nirgends verbreitet. In der Basalschicht fleckförmig ziemlich reichlich Pigment. Stellenweise sind auch die Höhenlagen des Stratum Malpighi pigmentiert. Zytologisch nichts Auffallendes. In der Basalschicht ziemlich reichlich helle Zellen. Stellenweise im Stratum Malpighi zweikernige Elemente.

Die *Kutis* zeigt normalen Bau und im wesentlichen auch normale Breite. Der Papillarkörper ist zart, feinfaserig, ohne Zeichen von hyaliner Degeneration. Die größeren Gefäße sind normal. In der subpapillären Schicht finden sich einzelne erweiterte Kapillaren. Im Stratum reticulare ist auffallend ein leicht vermehrter Gehalt an perivaskulären Rundzellen. Die Haarbälge (Lanugohaare) sind zum Teil normal mit kleinen Talgdrüsen versehen. An einzelnen Stellen besteht eine leichte, follikuläre Rundzellinfiltration. Die Zahl der Follikel ist im ganzen sehr spärlich. Einzelne Follikel erscheinen rudimentär ohne Haarbildung und sind offenbar im Untergang begriffen. Die Schweißdrüsen sind z. T. vollständig normal, einzelne zeigen jedoch eine auffallende Lymphozytinfiltration. Das Lumen der Drüsen und Ausführungsgänge ist stellenweise etwas erweitert. Einzelne Drüsenazini enthalten abnorme Zellformen, zwei und sogar drei amitotisch geteilte Zellen. Das subkutane Fettgewebe fehlt fast vollkommen bzw. es ist ersetzt durch ein kernarmes, direkt der Faszie anliegendes Bindegewebe. An den Gefäßen der Subkutis nichts Besonderes.

In den van Giesonschnitten ist die Papillar- und Subpapillarschicht zart rot gefärbt.

Die Elastikafärbung ergibt ein zartes Netz von elastischen Fasern, nirgends hyaline Quellung und Elazinbildung. In der Papillar- und Subpapillarschicht sind die Fasern ganz außerordentlich spärlich.

Die Dopareaktion ist im Gegensatz zum großen Pigmentreichtum schwach, exquisit fleckförmig, stellenweise schön ausgebildete Dendritenzellen.

Die Versilberung ergibt entsprechend dem großen Pigmentgehalt eine starke Dunkelung, vor allem in der Basalschicht, stellenweise auch bis hinauf in das Stratum corneum. Chromatophoren stellenweise ziemlich reichlich, im oberen Papillarkörper aber spärlich.

Trochantergegend:

Epidermis von normaler Breite, Papillarkörper ordentlich entwickelt, Hornschicht nicht verbreitert, keine Parakeratose. Pigmentgehalt, besonders in der Basalschicht, in der einen Hälfte des Präparates sehr kräftig, in der anderen etwas weniger stark. Die zytologischen Verhältnisse normal.

Digitized by Google

Kutis ziemlich breit, normal gebaut. Die Grenzen nach der Subkutis unscharf, vermutlich darum, weil in der Subkutis die Umwandlung des Fettgewebes in bindegewebige Züge im Gang ist. Im Gegensatz zum Präparat am Hals treten entzündliche Infiltrate, sowohl im Gebiet einzelner Gefäße, als auch der Haarfollikel und Schweißdrüsen, stärker hervor. Die Gefäße zeigen nichts Besonderes, die kapillären Ektasien in der subpapillären Schicht fehlen. Die Haarbälge sind spärlich, die noch vorhandenen ausgesprochen rudimentär. Haare sind nirgends sichtbar. Am stärksten entwickelt sind die Talgdrüsenanhänge. An einer Stelle findet sich eine kleine Haarwurzel, umgeben von einem ziemlich reichlichen Infiltrat. Das Infiltrat besteht aus Rundzellen, einzelnen Plasmazellen und Fibroblasten, polynukleäre Leukozyten fehlen. Die Schweißdrüsen sind ziemlich reichlich und gut entwickelt, vereinzelte zeigen ebenfalls einen vermehrten Gehalt von Lymphozyten. Das subkutane Fettgewebe ist zum Teil noch vorhanden, zum Teil fehlt es bzw. ist es durch gewöhnliches Bindegewebe ersetzt. Aber auch dort, wo noch Fettgewebsmaschen vorhanden sind, findet sich fleckförmig in ihnen die Zeichen der Wucheratrophie: kleine kernreiche Verdichtungszonen.

Van Gieson ergibt nichts Besonderes. Elastikafärbung ergibt dieselben Verhältnisse wie oben beschrieben. Dopareaktion wie oben, mäßig stark positiv. Silberreaktion entsprechend der Pigmentierung sehr kräftig, fast überall bis zur Hornschicht hinauf. In der Kutis ziemlich reichlich Chromatophoren, oft tief hinab bis in die subpapilläre Schicht und dann ausgesprochen perivaskulär.

Arm:

Epidermis stellenweise deutlich verschmälert, nur drei und vier Zellreihen tief, Papillarkörper normal entwickelt, an den verdünnten Stellen abgeflacht oder vollständig fehlend. Hornschicht normal, nur stellenweise kleinste Punkte von Parakeratose. Die Pigmentierung kräftig. An den verdünnten Stellen findet sich ebenfalls Pigment in ungleicher Verteilung, stellenweise spärlich, stellenweise aber ebenfalls ziemlich kräftig. Die Zellen zeigen nichts Besonderes. In den verdünnten Partien finden sich gelegentlich zweikernige Zellen. Die Kutis ist eher etwas verschmälert, die Gefäße zeigen nichts Besonderes, einzelne besitzen Rundzellenmäntel; die Follikel sind spärlich, die Talgdrüsen kräftig entwickelt; um einzelne Follikel bestehen wieder deutliche, lockere, aber ziemlich ausgedehnte Rund- und Plasmazellinfiltrationen. Die Schweißdrüsen sind ziemlich zahlreich, einzelne enthalten Rundzellen. Stellenweise finden sich in der Tiefe der Kutis kleinere Zonen von chronischer Entzündung, in der Regel im Gebiet eines kleinen Gefäßes. In einzelnen Gefäßen Leukozyten. Die Subkutis ist normal und zeigt ein grobmaschiges Fettgewebe. Die Gefäße der Subkutis zeigen nichts Besonderes.

Van Gieson o. B. Elastikafärbung ergibt den schon in den früheren Präparaten beschriebenen leichten Grad von Atrophie der elastischen Fasern.

Aus der *Muskulatur* konnte leider kein Exzisionsmaterial gewonnen werden.

Stoffwechsel- und pharmakodynamische Untersuchung: Basalstoffwechel (nach *Krogh* bestimmt) ergibt 85% des Normalwertes (— 15%).

Kohlenhydrattoleranz, nach Belastung mit 20 bzw. 100 g Traubenzucker normales Verhalten des Blutzuckerspiegels. Keine Glyksurie.

Der Adrenalin- und Atropinversuch (nach *Platz*) ergab keine nennenswerten Ausschläge.

Digitized by Google

Psychisches Verhalten: Intelligenz völlig normal. Man bekommt mit dem Patienten einen ausgezeichneten intellektuellen und affektiven Rapport. Auffallend ist vielleicht, daß Patient während der Probeexzision, die natürlich in Lokalanästhesie ausgeführt wurde, wie ein Kind weinte.

Zusammenfassung:

Wir fanden bei unserem Patienten eine *Kombination* von ausgedehnten *Haut-, Unterhaut- und Muskelveränderungen.* Die Lokalisation ist vorwiegend eine einseitige mit stellenweise segmentärer Anordnung. Die Bezirke der Haut- und Muskelveränderungen fallen im großen und ganzen zusammen.

Die *Hautveränderungen* bestehen in diffuser und streifenförmiger *Hyperpigmentierung* der linken Körperhälfte mit einzelnen atrophischen, hypo- bzw. depigmentierten Partien. Die Haut ist ferner in diesen Bezirken verdünnt, auf der Unterlage verschieblich, das Fettpolster ist größtenteils geschwunden; die subkutanen Venen scheinen deutlich durch. Mit Ausnahme der Achsel- und Schamhaare sind die übrigen *Haare* der linken Körperhälfte vermindert, stellenweise, besonders am behaarten Kopf und an der linken Augenbraue, depigmentiert. Im Gegensatz zu diesen auffallenden klinischen Veränderungen steht der verhältnismäßig geringe histologische Befund. Wir finden nämlich nur in den atrophischen Partien Verdünnung der Epidermis und Abflachung der Papillen. Im Bereiche der hyperpigmentierten Stellen eine diffuse, stellenweise herdförmige Hyperpigmentation nicht nur in der Basalschicht, sondern auch im Stratum Malpighi. In allen Schnitten ist die Kutis sehr wenig verändert; insbesondere findet sich keine hyaline Degeneration oder Quellung des Bindegewebes, sondern nur geringe entzündliche Infiltrate mit teilweise perivaskulärer Anordnung, Atrophie der Haarfollikel, der Talg- und Schweißdrüsen, mit geringen chronisch entzündlichen Veränderungen ihrer Umgebung. Die elastischen Fasern sind im Papillarkörper und im Stratum reticulare vermindert. An den Gefäßen ist nichts Pathologisches zu bemerken. Das Fettpolster ist meist nicht zu sehen.

Was die *Muskel*veränderungen betrifft, so ist die halbseitige Lokalisation derselben noch viel stärker als bei der Haut ausgeprägt, indem auf der rechten Körperhälfte nur ein einziger Muskel (Serrat. ant.) sich als atrophisch erweist. Eine besondere Bevorzugung der proximalen oder der distalen Extremitätenmuskeln ist nicht zu konstatieren. Die betroffenen Muskeln sind in ihrem Volumen deutlich vermindert, ihre Konsistenz ist er-

Digitized by Google

höht. Funktionell bestehen, abgesehen von einer leichten Ermüdbarkeit und zeitweise auftretenden Krämpfen in der linken untern Extremität, keine Ausfallerscheinungen, die Motalität und rohe Kraft ist intakt, keine Kontrakturen, keine fibrillären Zuckungen, keine EaR, höchstens eine verminderte elektrische Erregbarkeit. Reflexe und Sensibilität o. B.

Die Hautveränderungen lassen zunächst an eine Sklerodermie denken, und zwar an das atrophische, hyperpigmentierte Spätstadium derselben. Sowohl die (in unserem Falle vorwiegend) halbseitige Ausbreitung, wie auch die (annähernd) segmentäre Anordnung und desgleichen die Mitbeteiligung der Muskulatur sind, wie aus der Literatur hervorgeht, dabei beobachtet. Fälle von halbseitig (*Zinny* und *Vivaldo, Kalb*), paraplegisch *(Müller, Cassirer)*, segmentär *(Jadassohn, Kalb)* und dem Verlauf peripherer Nerven entsprechend *(Müller)* angeordneter Sklerodermie sind beschrieben. Ebenso sind Kombinationen von Sklerodermie mit Muskelatrophie, Dystrophia musc. progr., Myasthenie, Polymyositis mehrfach beschrieben worden *(Cassirer, Müller, Curschmann, Kalb, Roger, Patrzek, Rosenthal* und *Hoffmann)*.

Gegen die Auffassung der vorliegenden Hauterkrankung als Sklerodermie sprechen aber folgende Punkte: das vollständige Fehlen der für Sklerodermie wirklich charakteristischen sklerodermatischen Veränderungen, sowohl im klinischen als im histologischen Bild. Weder in der Anamnese noch im Status finden sich Angaben über derartige Veränderungen, obschon es sich um einen jetzt noch progredienten Fall handelt.

Das Bindegewebe ist in unserem Falle durchaus normal, abgesehen von einer leichten Atrophie des elastischen Gewebes; nirgends finden wir Zeichen einer Homogenisierung, Wucherung und Veränderung des Bindegewebes, nirgends Vermehrung und Verklumpung der elastischen Fasern. Es handelt sich um das Bild einer reinen Atrophie, und zwar betrifft diese Atrophie ganz vorwiegend das subkutane Gewebe; nur an einzelnen atrophischen Stellen sind auch Papillarkörper und Kutis verdünnt, aber nicht qualitativ verändert.

Es steht also in unserem Falle primär die Atrophie durchaus im Vordergrunde. In Ermanglung eines entzündlichen Vorstadiums und einer für die Atrophie ätiologisch in Betracht kommenden primären Störung müssen wir mit *Finger* und *Oppenheim* unseren Fall als eine *primäre und idiopathische Hautatrophie* ansehen, und zwar handelt es sich um eine *System-*

Digitized by Google

erkrankung, indem von dieser Atrophie nicht nur das Hautgewebe, sondern auch die Muskeln ergriffen sind. Daß auch das Ektoderm, wenn auch nicht im Sinne einer ausgesprochenen Atrophie, an dem Prozesse beteiligt ist, zeigen die starken und in bezug auf die Lokalisation mit den atrophischen Veränderungen übereinstimmenden Pigmentverschiebungen (teils vorwiegend Hyperpigmentation, teils Depigmentation) der Deckepidermis und der Haare, sowie das Fehlen der Haare an den erkrankten Stellen.

Von den Literaturfällen zeigen nur die von *Heller* und *Königstein* beschriebenen Hautatrophien eine gewisse Ähnlichkeit mit unserem Fall. Es handelt sich bei *Heller* um eine 30-jährige Frau, die an 4 großen Partien angeborene Hautatrophien und gleichzeitig an der linken oberen Extremität und am linken Oberschenkel Muskelatrophie zeigte. *Heller* spricht zwar von sklerodermieähnlichen Hautveränderungen, nach seiner Beschreibung aber, besonders nach der vorhandenen Beweglichkeit, der Hautverdünnung und dem Durchscheinen der Hautvenen sowie dem fehlenden „lilac ring" und dem frühzeitigen Auftreten erscheint jedoch der Sklerodermiecharakter wenig wahrscheinlich.

Nach dem kurzen Sitzungsbericht über den Fall *Königstein* bestand dort die Hautaffektion seit 22 Jahren. Die Haut der linken oberen Extremität zeigt die typischen Symptome vorgeschrittenster Hautatrophie. Bemerkenswert ist die Beschränkung derselben auf die Haut einer Extremität, ferner die Atrophie der Knochen und der Muskeln, die vom Ulnaris versorgt werden. Entartungsreaktion war nicht vorhanden. Vorübergehend wurden Anfälle von Erythromelalgie in der ergriffenen Extremität, kombiniert mit einer Hyperglobulie von 7—8 Millionen roten Blutkörperchen, beobachtet.

Ebensolche Schwierigkeiten der Einreihung in eines der bekannten Krankheitsbilder bietet die in unserem Falle vorhandene Muskelatrophie. Aus dem neurologischen Status ergibt sich ohne weiteres, daß es sich weder um eine spinale noch um eine in gewöhnlichem Sinne neurale Muskelatrophie handelt. Rein symptomatisch gehört unser Fall am ehesten zur *Erb*schen Dystrophia musc. progr. Von den bekannten Typen dieser Krankheit unterscheidet er sich jedoch einerseits in lokalisatorischer Hinsicht: fast ausschließliches Befallensein der einen Körperhälfte und Mitergriffensein der distalen Extremitätenmuskeln, anderseits auch pathogenetisch durch das sporadi-

Digitized by Google

sche Auftreten und die Kombination mit Hautatrophie. Immerhin sind in der Literatur sowohl Fälle von einseitiger *(Mingazzini* zitiert nach *Oppenheim, Adler)* oder vorwiegend einseitiger (*Kempmann,* Fall 1) Dystrophia musc. progr., als auch Fälle mit Bevorzugung der kleinen Handmuskeln (*Kempmann,* Fall 2) bekannt. Das sporadische Auftreten wird in allen Lehrbüchern erwähnt, und über die Kombination mit Hautatrophie ist bereits oben berichtet worden. Nebenbei bemerkt ist in den Fällen *Kempmann* 1, *Königstein, Adler, Heller* und in unserem eigenen Fall die Muskulatur der *linken* Körperhälfte befallen. Ob dabei der allgemeine Gesichtspunkt *Stiers* (zitiert nach *Cassirer),* daß alle hypoplastischen Bildungen bei Rechtshändern meist die inferiore linke Körperhälfte betreffen, zu Recht besteht, soll hier nicht weiter diskutiert werden.

Die *Ätiologie* läßt uns in unserem Falle vollständig im Stich. Man ist natürlich geneigt, eine für die beschriebene Veränderung gemeinsame zentrale Ursache anzunehmen und möchte da im Hinblick auf die Sklerodermie sowie auf die übrige Atrophie an endokrine Störungen denken (vgl. *Bloch, Gans, Singer* u. a. für die Haut, *Schäfer, Maiweg, Fraenkel, Roger, Rohr* u. a. für die Muskulatur).

Andere Autoren machen dafür Veränderungen des Nervensystems spez. des vegetativen verantwortlich und begründen ihre Ansicht u. a. auch damit, daß die Lokalisation der Veränderungen oft (wie in unserem Fall) eine hemiplegische oder segmentäre ist.

Da aber in unserem Falle weder Veränderungen der endokrinen Drüsen noch eindeutige Veränderungen des vegetativen Nervensystems nachgewiesen sind, so hat es auch keinen Wert, solche Zusammenhänge eingehend zu erörtern.

Literaturverzeichnis.

Adler, E., Ein Fall von halbseitiger, progressiver Muskelatrophie. Med. Kl. 1922. S. 1343. — *Bloch, Br.,* Über Beziehung. zwisch. Hautleiden u. endokr. Störung. Festschr. Sahli. Basel. Schweiz. med. Wschr. 1926. S. 339. — *Cassirer,* Die vasomotorisch-trophischen Neurosen in *Lewandowskys* Handb. der Neurologie. 5. 179. 1914. — *Curschmann,* Das endokrine System bei Neuro-, insbesondere bei Myoneuropathien. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderh. 21. 467. 1922. — *Curschmann-Kramer,* Nervenkrankheiten. 2. Aufl. 1925. — *Darier,* Dermatologie. Berlin 1913. — *Finger, E.,* und *Oppenheim, M.,* Die Hautatrophien. Wien 1910. — *Fränkel,* Die Beziehungen der progr. Muskeldystrophie zu den Erkrankungen der Blutdrüsen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 78. 283. 1922. — *Gans, O.,* Über die Beziehungen von Hautveränderungen zu den Störungen der endokrinen Drüsen. Vers. südwestdeutsch. Dermatol., März

Digitized by Google

1927, in Frankfurt a. M. — *Gans,* Histologie der Hautkrankheiten. Berlin 1925. Bd. 1. — *Heller, J.,* Angeborene, bezirksweise auftretende Atrophie. Berl. Derm. Gesellsch. Sitz. vi. 12. Febr. 1924. Zentrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. 1924. Bd. 12. S. 124. — *Kalb,* Über einen Fall von halbseitiger Sklerodermie mit hochgradiger Atrophie usw. I.-Diss. Erlangen 1904. — *Kempmann,* Ein Beitrag zur progressiven Muskeldystrophie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. 80. 291. 1924. — *Königstein,* Haut-, Muskel-, Knochenatrophie einer Extremität bei gleichzeitiger Erythromelalgie und Hyperglobulie. Wien. Derm. Gesellsch. Sitzung v. 25. Okt. 1923. Zentrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. 11. S. 290. 1924. — *Kuré,* Über die Pathogenese der Dystrophia musc. progr. Kl. Wschr. 1927. Nr. 15. S. 691. — *Kyrle, Joseph,* Histobiologie der menschlichen Haut. Wien u. Berlin 1925. — *Maiweg,* Progr. Muskeldystrophie und Thyreohypoplasie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 63. 107. 1921. — *Müller, H. R.,* Die Lebensnerven. Berlin 1924. — *Oppenheim,* Nervenkrankheiten. 6. Aufl. Berlin 1913. — *Patrzek,* Eine atyp. Form der Myasthenia gravis pseudoparal., kombiniert mit Sklerodermie und Schwäche des Adrenalsystems. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 63. 155. 1921. — *Roger,* Myopathie facio-scapulo-humérale à forme scléreuse, avec Sclérodermie et acroasphyxie etc. Rev. neurol. 1919. pag. 708. — *Rohr,* Progr. Muskeldystrophie und endokrine Drüsen. Med. Kl. 1923. S. 903. — *Rosenthal* und *Hoffmann,* Über gewisse seltene muskuläre Affektionen und ihre Beziehungen zur Sklerodermie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. 80. 1. 1924. — *Schaefer,* Die progr. Muskeldystrophie vom Standpunkte der inn. Sekretion. Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 37. 128. 1923. — *Singer, O.,* Beitrag zur Klinik u. Ätiologie der Hautatrophien. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 136. 198. 1921. — *Unna,* Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894. — *Zinny, Mario* und *Jon Carlos Vivaldo,* Über einen Fall von Hemisklerodermie. Prensa med. argentina. 1923. Nr. 2. S. 37—44.

Digitized by Google

II.

(Aus dem Institut „*Robert Koch*“ [Abteilung: Geheimrat Prof. Dr. *Kleine*].)

Wirkung chemischer Mittel auf Gonokokken im Tierorganismus.

Von

Dr. ALFRED COHN und L. ABRAHAM.

Allgemein ist es als Mangel empfunden worden, daß uns für therapeutische Gonokokkenversuche kein empfängliches Tier zu Gebote steht. Die zahlreichen Versuche von *Neißer*, *Leistikow*, *Krause* und *Bumm*, tierexperimentelle Infektionen mit Gonokokken hervorzurufen, waren sämtlich negativ ausgefallen. *Wertheim* gelang es, bei weißen Mäusen durch Verimpfung von Gonokokken und Serumagar in das Peritoneum eine akute Peritonitis hervorzurufen. Diese Beobachtungen *Wertheims* wurden von verschiedenen Nachuntersuchern nur zum Teil oder gar nicht bestätigt. Unter anderen fand *Scholtz*, daß bei der Impfung des Mäuseperitoneums Gonokokken nur in den ersten 20 Stunden kulturell nachweisbar waren, wobei sich eine geringe Injektion der Gefäße oder eitrige Exsudation im Peritoneum zeigte. Bei unserer später näher zu beschreibenden Versuchstechnik waren 24 Stunden nach erfolgter Gonokokkeninjektion im Mäuseperitoneum Gonokokken kulturell nie nachweisbar. Dagegen erhielten wir in der Zeit von 3 Stunden nach erfolgter Abimpfung vom Peritoneum regelmäßig Rasen von Gonokokkenkulturen. In dieser Zeit zeigte das Mäuseperitoneum bisweilen eine eben wahrnehmbare Gefäßinjektion.

Um die bakterizide Wirkung der zur Lokalbehandlung bzw. Prophylaxe der Gonorrhöe empfohlenen Mittel experimentell zu prüfen, haben *Manteufel* und *Zschucke*[1]) Versuche in vitro angestellt. Sie lösten die betreffenden Mittel (Choleval, Silbersalze, Quecksilbersalze usw.) in menschlichem Serum. Sie schließen aus ihren Versuchen, daß zur Prophylaxe der Gonorrhöe die Quecksilbersalze den Silbersalzen mindestens gleichwertig sind.

Jötten und *Pasch*[2]) haben sich mit experimentellen Studien über die Wirkung chemischer Mittel auf Gonokokken in vitro und in vivo befaßt.

Digitized by Google

Sie fanden, daß die Ergebnisse von Reagenzglas- und Tierversuchen einander widersprachen. Sie untersuchten die Wirkung verschiedener Chemikalien auf Gonokokken im Peritoneum von Mäusen, wobei sie aber nicht deren bakterizide, sondern entgiftende Wirkung auf besondere für die Maus toxische Gonokokkenstämme bestimmten. Auch sie hatten u. a. mit den Quecksilbersalzen günstige Resultate zu verzeichnen.

In der Absicht, gleichzeitig die Einwirkung des Medikaments auf die Gonokokken und im Gewebe zu studieren, haben wir ebenfalls den Tierversuch als erforderlich angesehen. Es handelt sich jedoch hierbei nicht darum, ein Analogon zur Gonokokkeninfektion des Menschen darzustellen, sondern eine Versuchsanordnung zu treffen, in der die ätiotrope Wirkung der zu untersuchenden Substanzen übersichtlich geprüft werden kann.

Unsere Technik ist folgende: Eine mit Gonokokken bewachsene Kochblutagarplatte nach *Levinthal* wurde mit physiol. Kochsalzlösung (3 ccm) abgeschwemmt. Von dieser Aufschwemmung erhielten die Versuchstiere je 0,3 ccm intraperitoneal. Die Behandlung erfolgte gleichzeitig, indem je 0,5 ccm des Heilmittels in abgestuften Konzentrationen ebenfalls intraperitoneal injiziert wurde. Nach 3 Stunden wurden die Tiere getötet, und es wurde aus dem Peritoneum mit dem Glasspatel auf Kochblutagar abgeimpft, und das Wachstum auf den Platten nach 24stündigem Aufenthalt im Brutschrank beurteilt. Hierbei mußten die Kulturen von den unbehandelten Mäusen einen dichten Rasen von Gonokokken (++++) aufweisen.

Die Prüfung der Chemikalien wurde in der Regel nicht allein mit einem Gonokokkenstamm durchgeführt, da es sich zeigte, daß je nach dem Alter des Stammes zwar nicht erhebliche, aber doch abweichende Resultate beobachtet wurden.

Wir untersuchten 3 Gruppen von Substanzen: Silbersalze, Chinaalkaloide und Akridinverbindungen.

Betrachten wir zuerst die Silberpräparate: Protargol, Albargin, Reargon, Choleval, Targesin und Acykal, welches letztere für Mäuse hoch toxisch ist und daher nur in sehr verdünnten Konzentrationen geprüft werden konnte, in ihrer Einwirkung auf die Gonokokken. Die zur Abtötung der Keime notwendige Konzentration betrug zirka 1:200. Eine Ausnahme hiervon bildet das Acykal, dessen abtötende Konzentration bei weniger als 1:20000 liegt. Von den genannten Substanzen erwies sich Protargol und Albargin bakterizider als Choleval und Re-

Digitized by Google

argon. Aus diesen Versuchen läßt sich eine gewisse Parallele unserer experimentellen Ergebnisse mit den Erfolgen der menschlichen Gonorrhoe-Therapie beobachten.

Tabelle 1.

> mehr als, < weniger als.

Name des Medikaments:	Konzentration der Abtötung:
Protargol	> 1:200 < 1:500 (Hemmungszone)
Albargin	1:400
Reargon	< 1:200
Choleval	< 1:200
Targesin	< 1:200
Acykal	< 1:20 000

Von den Chinaalkaloiden haben wir Chinin, Hydrochinin, Optochin, Eukupin, Eukupinotoxin, Vuzin und Vuzinotoxin untersucht. Sie üben insgesamt einen größeren desinfektorischen Effekt auf die Gonokokken aus als die Silbersalze. Ihre abtötende Konzentration liegt mit Ausnahme von Vuzin und Vuzinotoxin bei 1:500, während letztere eine solche von zirka 1:2000 haben.

Tabelle 2.

Name des Medikaments:	Konzentration der Abtötung:
Chinin	1:500
Hydrochinin	> 1:500 (unregelmäßig)
Optochin	> 1:500 (unregelmäßig)
Eukupin	< 1:500
Eukupinotoxin	> 1:500 (lange Hemmungszone)
Vuzin	< 1:2000 (lange Hemmungszone)
Vuzinotoxin	< 1:2000 (lange Hemmungszone)

Ganz wesentliche Unterschiede in der Wirksamkeit auf Gonokokken gegen die bisher geprüften Chemikalien ergab die Untersuchung zweier Mittel aus der Reihe der Akridinfarbstoffe: Rivanol und Trypaflavin. Nachfolgende Tabelle möge die Wirkungsweise dieser Verbindungen veranschaulichen.

Tabelle 3.

Name des Medikaments:	Konzentration der Abtötung:
Rivanol	ca. 6—10 000
Trypaflavin	1:40 000

Eindeutig tritt in dieser Tabelle die fast 20mal so stark wirkende Desinfektionskraft der Akridine auf die Gonokokken im Gegensatz zu den vorher geprüften Chinaalkaloiden in Erscheinung. Das Trypaflavin zeigte in einer Reihe von Versuchen

Digitized by Google

eine erhebliche gonokokkzide Überlegenheit über alle anderen Präparate.

Der Heilversuch mit dem Trypaflavin, bei welchem die Behandlung erst eine Stunde nach stattgehabter Gonokokkenzufuhr erfolgte, ergab folgende Resultate:

Konzentration:	Gonokokken:
1:10000	—
1:20000	—
1:40000	—

Bei gleichzeitiger Gonokokken- und Trypaflavinzuführung, wobei letztere eine Konzentration von 1:10000 hatte, zeigte sich, daß nach einstündiger Einwirkungszeit noch reichlich Gonokokken, nach 2 Stunden nur einzelne Kolonien und nach 3 Stunden keine Gonokokken kulturell mehr nachzuweisen waren. In der Reihe dieser Untersuchungen mit Rivanol und Trypaflavin hat sich die bereits eingangs erwähnte Tatsache gezeigt, daß jüngere Gonokokkenstämme bei weitem empfindlicher gegen Desinfizientien sind.

Neufeld, Schiemann und *Baumgarten*[3]),[4]) beobachteten bereits früher ebenfalls die stark bakterizide Wirkung des Trypaflavins auf Gonokokken. Nach ihren Untersuchungen zeigte es auf Gonokokken in Bouillon eine Entwicklungshemmung bis 1:30 Millionen; die abtötende Konzentration betrug nach einer Stunde 1:1 Million. Auf Grund dieser Ergebnisse wurde von *Neufeld* und *Schiemann* der Vorschlag gemacht, eine *Allgemeinbehandlung* mit Trypaflavin bei Gonorrhoe zu versuchen. Die klinische Durchprüfung unternahm seinerzeit Professor *Bruhns*, ohne jedoch eindeutige Erfolge beobachten zu können.

Weitere praktische Untersuchungen über die Wirksamkeit von Rivanol und Trypaflavin lagen bisher nur in geringer Zahl vor. Nach *Biberstein*[5]) bewährte sich die *lokale Anwendung* des Rivanols bei der Gonorrhoe der männlichen Harnröhre, nach *Büsing* bei der gonorrhoischen Epididymitis (Kli. Wschr. 1924 Nr. 22). Der Wert des Trypaflavins für den therapeutischen Zweck ist umstritten. *Watson, Davis, Harrell* und *Hyman*[6]), die es lokal anwendeten, äußerten sich im ganzen günstig. Bruck[7]) dagegen hat bei der örtlichen Verwendung des Mittels *überhaupt keinen Einfluß auf die Gonokokken feststellen können.* Mit der *intravenösen Trypaflavintherapie* hatten *E. Hofmann* und *Mergelsberg*[8]) bei der weiblichen Gonorrhoe ebenfalls keine befriedigenden Erfolge zu verzeichnen.

Digitized by Google

Dagegen hat *Haupt*[9]) bei einer allerdings nur kleinen Zahl von Fällen günstige Ergebnisse beobachtet und glaubt daraufhin, mit der intravenösen Behandlung allein auszukommen; *Zieler*[10]) jedoch hält neben der intravenösen Farbstoffbehandlung eine lokale Therapie für erforderlich. Auch in der französischen Literatur mehren sich die Stimmen, die außerordentlich gute Resultate mit der intravenösen Akridinbehandlung der Gonorrhoe erzielt haben (*Jausion, Vaucel* und *Diot*[11]), *Clara* und *Lebeuf*[12]) u. a.).

Fassen wir unsere Ergebnisse zusammen, so kommen wir zu folgenden Feststellungen:

1. Die im Mäuseversuch geprüften Silbersalze und Chinaalkaloide zeigen keine echte chemotherapeutische Wirkung im Sinne Ehrlichs. Eine solche scheint allein bei den Akridinverbindungen vorhanden zu sein.

2. Frische Gonokokkenstämme sind leichter beeinflußbar als ältere.

Unseren weiteren ätiotropischen Studien ist somit wegen der guten Wirksamkeit der Akridinverbindungen eine bestimmte Richtung gegeben.

Literaturverzeichnis.

[1]) *Manteufel* und *Zschucke*, D. med. Wschr. 1921. Nr. 2. S. 37. — [2]) *Jötten* und *Pasch*, Ztschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh. 1922. Bd. 98. S. 161. — [3]) *Neufeld* und *Schiemann*, D. med. Wschr. 1919. Nr. 31. S. 844. — [4]) *Neufeld, Schiemann* und *Baumgarten*, D. med. Wschr. 1920. Nr. 37. — [5]) *Biberstein*, D. med. Wschr. 1922. S. 769. — [6]) *Watson, Davis, Harrel* und *Hyman*, zit. nach *Mercks* wissenschaftl. Abhandl. usw. Nr. 37. S. 202—203. — [7]) *Bruck*, Derm. Wschr. 1920. S. 908. — [8]) *Hofmann* und *Mergelsberg*, Derm. Ztschr. 1921. S. 25. — [9]) *Haupt*, Zentrlbl. f. Gynäkol. 1921. S. 1225. — [10]) *Zieler*, M. med. Wschr. 1920. S. 1336. — [11]) *Jausion, Vaucel* und *Diot*, Presse méd. 1926. S. 804. — [12]) *Clara* und *Lebeuf*, Ann. d. malad. vénér. 1926. S. 758.

Digitized by Google

III.

(Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hospital A. Syggros [Direktor: Prof. Dr. *G. Photinos*], Athen.)

Der Einfluß der Opotherapie auf die Wassermannsche Reaktion.

Von

Dr. N. A. MICHAELIDES, und Dr. N. KLISSIUNIS,
Direktor der bakteriologischen Abteilung.

Für die Frage, ob eine Syphilis geheilt ist, haben wir keinen anderen Anhaltspunkt als die Wa.R. Der Syphilitiker wird als geheilt angesehen, wenn nach langer und intensiver Behandlung die Wa.R. im Blute und in der Zerebrospinalflüssigkeit wenigstens auf die Dauer von 3 Jahren negativ ausfällt. Es ist aber seit langer Zeit auch von anderen beobachtet worden, daß es Kranke gibt, die trotz langer Behandlung und ohne klinische Krankheitszeichen in ihrem Blute die Wa.R. positiv behalten.

In diesen Fällen fragt es sich, ob diese Kranken als geheilt anzusehen sind oder nicht.

Seit 15 Jahren haben wir die Führung der bakt. Abteilung des obigen Krankenhauses, und wir haben uns oft mit der Frage geplagt, ob wir berechtigt wären, in den Fällen, wo es sich um Frauen handelt, die außer der positiven Wa.R. keine klinischen Symptome aufweisen, den Austritt aus dem Krankenhause zu gewähren.

Deswegen haben wir versucht, nach den Gründen zu forschen, welche dieses lange Bestehen verursachen, um womöglich dasselbe auszuschalten. Bei der Bearbeitung dieser Frage haben wir beobachtet, daß das Serum einiger Kranken eine große antikomplementäre Wirkung besaß, und andererseits, daß bei einigen von diesen Kranken Ausfallserscheinungen seitens des Ovariums nachweisbar waren.

Digitized by Google

Um diesen Erscheinungen entgegenzutreten, haben wir versucht, einerseits die antikomplementäre Wirkung des Serums durch Veränderung des physikalisch-chemischen Zustandes des Plasmas zu beeinflussen und womöglich die innersekretorischen Störungen entsprechend zu verbessern.

Für das erste haben wir $CaCl_2$-Injektionen und Fixierungsabszesse, für das andere die opotherapeutische Behandlung angewandt.

Die Versuche mit $CaCl_2$-Einspritzungen und Fixierungsabszessen geben wir in Tabelle I wieder, und wie daraus hervorgeht, sind diese ohne Einfluß auf die Wa.R. geblieben.

Wir haben nachher die opotherapeutische Behandlung bei 20 klinisch symptomlosen Kranken angewandt, die wir in drei Reihen verteilt haben. Die erste Reihe war aus sechs Patientinnen zusammengesetzt, die im Laufe eines Jahres eine antisyphilitische Kur mit 13—30 g Neosalvarsan, 60—75 ccm Quecksilbereinspritzungen, 250—500 g Jodkali und 14—16 Bismut- und Neotrepolinjektionen durchgemacht hatten, und deren Wa.R. bei 18 Untersuchungen immer positiv blieb. Diesen Kranken sind in einem Zeitraum von 40 Tagen Mengen von 5,1 g Thyreoidin, 8,7 g Surrenal, 7,8 g Hypophyse, 54,6 g Ovarin in Kombinationsform dargereicht. Die Resultate sind in der Tabelle II zusammengestellt.

Die zweite Reihe, die aus acht Kranken bestand, welche in einer Zeit von 4—7 Monaten intensiv behandelt wurden und zwar mit 7—12 g Neosalvarsan, 50—60 ccm Quecksilber und 15—20 Bismutinjektionen, hatte 8—10mal durchgehend die Wa.R. im Blute positiv aufgewiesen. Vier von diesen Kranken haben die Präparate 15 Tage lang bekommen, die übrigen vier 23 Tage lang.

Die Resultate der Opotherapie bei diesen Kranken sind aus der Tabelle III ersichtlich und sind ungefähr dieselben wie der ersten Reihe.

Bei dieser Krankenreihe sind zwei auszuschließen, deren Wa.R. weiter positiv blieb. Von diesen hatte die eine eine kleine antisyphilitische Kur durchgemacht, die andere hatte seit langer Zeit keine Injektionen erhalten.

Die dritte Reihe ist aus acht Patientinnen zusammengesetzt. Dieser Reihe sind auch die zwei Patientinnen der zweiten Reihe angeschlossen worden, deren Wa.R. nicht verändert wurde.

Digitized by Google

Diese Reihe ist einer opotherapeutischen Behandlung unterzogen worden, die aus Extrakten von Schilddrüse, Hypophyse, Ovarin, Surrenal und Organpräparaten von Milz, Leber, Magen, Galle, Pankreas und Knochenmarkextrakten bestand. Die Resultate sind in der Tabelle IV aufgeführt. Bei dieser Reihe ist die Wa.R. bis auf zwei Kranke verändert. Von diesen zwei Kranken stammte die eine aus der zweiten Reihe. Also von 20 Patientinnen, die mit opotherapeutischen Präparaten behandelt wurden, sind nur zwei übrig geblieben, deren Wa.R. keine Veränderung aufwies.

Zusammenfassend kommen wir zu folgenden Schlüssen:

1. Es gibt Fälle, bei denen trotz langer und intensiver Behandlung die Wa.R. nicht beeinflußt wird.

2. Bei diesen Fällen kann man außer gelegentlicher Lymphozytose keine klinischen Zeichen der überstandenen Krankheit nachweisen.

3. Von den bei diesen Kranken zur Anwendung gelangten Mitteln konnte man nur durch die Opotherapie die positive Wa.R. beeinflussen.

4. Wir haben aus den verschiedenen Drüsen oder Organextrakten, welche einzeln oder in Kombination zur Anwendung kamen, keinen besonderen Unterschied in ihrer Wirkungsart feststellen können.

5. Aus den bisherigen Experimenten können wir nicht sicher sagen, ob diese Wirkung der Organextrakte auf die Wa.R. eine Folge ihrer lipoiden Zusammensetzung ist, oder ob es sich um eine Ergänzung der Funktion untüchtiger Drüsen handelt.

Literaturverzeichnis.

H. Hecht, I. Schubert, F. Klopstock, H. Sachs, A. Klopstock, A. Weil, D. med. Wschr. 1925. Nr. 52. 41. 25. 15, und Kl. Wschr. Jahrg. 5. Nr. 21. — *Kirschenblatt, Narinjan, R. Brandt, Guth, Müller,* D. med. Wschr. 1926. Nr. 31, und Kl. Wschr. 1926. Nr. 2. — *H. Sachs,* Derm. Wschr. 1925. Nr. 27. — *Stückgold,* Arch. f. Derm. u. Syph. 125. H. 8. — *S. Greenbaum* und *C. Wright,* Derm. Wschr. 14. 1926. — *A. Mucci,* D. Wschr. 24. 1926. — *Finger,* Wiener med. Wschr. 1926. Nr. 1. — *R. Brandt, H. Guth* und *R. Müller,* Klin. Wschr. Jahrg. 2. Nr. 5, und Jahrg. 5. Nr. 15. — *J. Schumacher,* Derm. Ztschr. Bd. XLVII. — *Georgi* und *Fischer,* Kl. Wschr., Jahrg. 6. 49. — *F. Georgi Fischer,* Kl. Wschr. Jahrg. 6. 20. — *A. Klopstock* und *E. Witebsky,* Kl. Wschr. Jahrg. 7. 3.

Digitized by Google

Tabelle I.

Befunde der Wa.R. nach intravenöser Einspritzung von 10% Lösung $CaCl_2$.

Nr.	Wa.R. vor der Injektion	Wa.R. 1 Stunde nach der Injektion	Wa.R. 24 Stunden nach der Injektion
1	++	+	+
2	+++	+++	+++
3	++	+++	++
4	+++	+++	+++
5	+	+++	++
6	+++	+++	+++
7	—	—	—
8	+	+	+
9	++	++	+
10	—	—	—
11	—	—	—
12	—	—	—

Bei 2 Kranken wurde ein Fixierungsabzess angesetzt. Die vorher stark positive Wa.R. blieb in der folgenden Zeit unverändert.

Tabelle II.

Befunde der Wa.R. im Laufe einer opotherapeutischen Behandlung bei der ersten Krankenreihe.

Nr.	16. 6. 1927	22. 6.	28. 6.	31. 6.	5. 7.	7. 7.	14. 7.	21. 7.	28. 7.	Mengen der eingenommenen Präparate
1	++	+++	—	—	—	+	—	—	—	Thyr. 0,35, Ovar. 4,5, Hyp. 0,7, Surr. 1,40 g
2	+++	+++	+	++	++	++	—	—	—	Thyr. 0,35 g, Ovar. 3,3, Thyr. 2 ccm
3	+++	+++	—	++	++	+	—	—	—	Hyp. Hin. Lap. 0,8 g, Hyp. 2 ccm, Hyp. 0,6 g
4	+++	+++	—	—	+	—	—	+	—	Hyp. 1,40, Thyr. 0,30, Ovar. 4,8 g
5	++	++	+	+	+	++	+	++	—	Hyp. Hin. Lap. 0,8 g, Hyp. 2 ccm, Hyp. 0,6 g
6	++	+++	+	++	—	++	—	—	—	Hyp. 1,40, Thyr. 0,3, Ovar. 4,8 g

Bemerkung: Bei allen Krankenreihen sind während der opotherapeutischen Behandlung antisyphilitische Kuren ausgesetzt. Die Präparate sind per os und subkutan gegeben. Bei der ersten Krankenreihe sind opotherapeutische Präparate nur während der Zeit vom 16. 6. bis 25. 6. und vom 12. 7. bis 24. 7. gegeben.

Digitized by Google

Tabelle III.

Befunde der Wa.R. im Laufe einer opotherapeutischen Behandlung bei der zweiten Krankenreihe.

Nr.	22. 7. 1927	13. 8.	20. 8.	3. 9.	10. 9.	15. 9.	22. 9.	Mengen der eingenommenen Präparate
7	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	Surr., Ovar., Hypo., Thyr. 14 g, Pituitr. 10 ccm
8	+	—	—					Surr., Ovar., Hypo., Thyr. 14 g
9	+++	+	—					Ovar. 7,10 g
10	+++	—	—					Ovar. 7,10 g
11	+	++	+++	+++	+++	+++	++	Thyreoovar. 13,5 g, Thyreohyp. 4 ccm, Pituitr. 4 ccm
12	+++	—	—					Hypophysin 0,5 g (subkutan)
13	++	—	+	—				Thyreoovar. 13,5 g, Pituitr. 4 ccm, Adren. 1 ccm
14	+++	+	++	—				Thyreoid. 0,9 (subkutan), Pituitr. 8 ccm, Adren. 1 ccm

Bemerkung: Bei dieser Krankenreihe sind die opotherapeutischen Präparate nur während der Zeit vom 26. 7. bis 11. 8. und vom 23. 8. bis 1. 9. gegeben.

Tabelle IV.

Befunde der Wa.R. im Laufe einer opotherapeutischen Behandlung bei der dritten Krankenreihe.

Nr.	10. 9. 1927	15. 9.	22. 9.	22. 9.	6. 10.	13. 10.	20. 10.	Mengen der eingenommenen Präparate
15	+++	+	—	—				Ovar. 6, Thyr. 0,75, Surr. 0,18, Hyp. 0.45, Extr. d. Mag. Darm áá 0,9 g. Milz u. Knochenmark áá 2 g
16	+++	+++	+++	+++	+++	+++	—	Dasselbe wie oben u. noch 8,1 Quinine
17	+++	+++	+++	+++	+++	—	—	Thyr. 1,85, Extr. d. Magen, Darm, Galle áá 0,9 g. Milz u. Knochenmark extr. áá 2,0 g
18	+++	+++	+++	+++	+++	++	—	Ovar. 4.4, Thyr. 0,3, Hyp. 0,4, Sur. 1,8, Quinine 8,1 u. Organextr. wie oben
19	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	Hyp. 2,6, Thyr. 0,23, Ov. 1,4, Quinine 7, g u. Organextr. wie oben
20	+++	+++	++	+	+++	—	—	Ovar. 6,7, Thyr. 0,5, Surr. 0,7 u. Organextr. wie ob.
7	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	Extr. d. Magen, Darm, Leber, Gale áá 0,9, g u. Extr. d. Milz, Knochenmark áá 2 g
11	+++	+++	+	—				Dasselbe wie oben.

Bemerkung: Die opotherapeutischen Präparate sind bei dieser Krankenreihe während der Zeit vom 10. 9. bis 22. 9. und vom 24. 9. bis 9. 10. gegeben.

Digitized by Google

IV.

(Aus der dermatologischen Klinik der Staatsuniversität Smolensk [Direktor Prof. Dr. *Grshebin*] und der Favusanstalt der Gouvernementsabteilung für Sanitätswesen Smolensk [Dirigierender Arzt Dr. *Kagan*].)

Essigsaures Thallium als Epilationsmittel bei Behandlung der Dermatomykosen.[1]

Von

Prof. Dr. S. N. GRSHEBIN und Dr. G. G. SALZMANN.

Die beträchtliche Ausbreitung der Dermatomykosen in unserer Union und die Schwierigkeit, mit der die Behandlung derselben verbunden ist, brachte die Ärzte oft in eine schwere Lage. Die einzige rationelle Therapie — die Röntgenepilation mit nachfolgender Behandlung — ist nicht immer möglich, da die Röntgenapparatur nicht allerorts zu finden ist, und außerdem, weil diese Behandlungsmethode nicht in allen Fällen von gleich gutem Erfolg begleitet ist. Deshalb ist es auch begreiflich, daß die von *Buschke* vorgeschlagene und von ihm im Verein mit seinen Schülern *Langer, Peiser* u. a. ausgearbeitete Epilationsmethode mit essigsaurem Thallium in allen Weltteilen und natürlich auch bei uns das größte Interesse erweckte.

Dank der außerordentlichen Liebenswürdigkeit des Herrn Professor *Buschke* hatten wir die Möglichkeit, uns in seinen Laboratorien mit allen Tierexperimenten und in seiner Klinik mit der Behandlungsmethode der Dermatomykosen an kranken Kindern mit essigsaurem Thallium bekannt zu machen; da wir außerdem in diesem Jahre die Möglichkeit hatten, die Wirkung des essigsauren Thalliums in der dermatologischen Klinik der Universität Smolensk und in der Favusanstalt zu beobachten, so scheint es, daß wir mit Recht einige Mitteilungen in bezug auf diese praktisch wichtige Frage machen können.

---

[1]) Wir benutzen die Gelegenheit, unseren innigsten Dank den Herren Professor Dr. *Buschke* und Dr. *Langer* für ihr liebenswürdiges Entgegenkommen auszusprechen, das uns ermöglichte, während unseres Aufenthaltes in Berlin alle neuesten Errungenschaften der Wissenschaft kennenzulernen.

Digitized by Google

Auf Grund der über 26jährigen experimentellen Forschung *Buschkes* — es sei auf die diesbezügliche Literatur verwiesen — schlugen *Buschke* und *Langer* folgende Anwendungsmethode des essigsauren Thalliums bei Menschen vor:

1. „Thallium wird bei Kindern nur bis zur Pubertät angewandt." Die Notwendigkeit dieser Regel ergibt sich daraus, daß Erwachsene Thallium viel schlechter vertragen als Kinder; darüber finden sich Hinweise sowohl bei *Buschke* und *Langer*, als auch in der russischen Literatur, wo Fälle von schwerer Intoxikation gerade bei Erwachsenen beobachtet wurden (*Landesmann* und *Mgreboff, Montreil*).

2. „Das Thallium wird am besten in Zuckerwasserlösung per os verabreicht." Die Dosierung soll sehr exakt sein, da Überdosierung Vergiftungserscheinungen und Unterdosierung unkomplette Enthaarung zur Folge haben.

3. „Man verordnet nur einmalig eine Menge von 8 mg auf ein Kilo des Körpergewichts (nackend gewogen), z. B. einem Kinde von 23 Kilo 184 mg." Da solche minimale Mengen schwer abzuwiegen sind und daher Fehler gemacht werden können, so verfertigt die Firma *Kahlbaum* gemäß den Angaben von *Buschke* und *Langer* Tabletten von 1,10 und 100 mg Thallium. Das Thallium-Depilatorium-*Kahlbaum* ist auch schon deshalb empfehlenswert, weil es im *Buschke*schen Laboratorium biologisch geprüft wird.

4. „Die nötige Menge der Milligramms wird aus Tabletten gebildet, welche 100, 10 und 1 mg Thallium enthalten. So z. B. werden 184 mg aus 1 Tablette von 100 mg, 8 Tabletten von 10 mg und 4 Tabletten von 1 mg zusammengesetzt."

5. „Die desinfizierende Behandlung mit Jod und Schwefelsalbe soll am besten vom ersten Tage der Inbehandlungsnahme an geschehen." Hierin kann man unter anderem einen Vorzug des Thalliums gegenüber der Röntgentherapie erblicken, bei der die Behandlung erst nach vollzogener Epilation möglich ist.

6. „Um Nebenerscheinungen vorzubeugen, sollen Wiederholungskuren mit Thallium im Laufe von 3 Monaten vermieden werden." In der Literatur findet man Hinweise (*Peter, Buschke* und *Langer*), daß Intoxikation eintrat, wenn man bei Rezidiven die Wiederholungsdosis früher verordnete.

7. „Das Thallium soll am Morgen auf nüchternen Magen eingenommen werden."

Buschke und *Langer* haben bei vorschriftsmäßiger Anwendung des Thalliums einen raschen und guten Erfolg erzielt; ge-

Digitized by Google

wöhnlich 8 Tage nach der Thalliumverabreichung lassen sich die Haare büschelweise herausziehen, bis endlich am 16. bis 19. Tage der Kopf völlig kahl ist. Nebenerscheinungen werden gar nicht beobachtet. Zum Schlusse ziehen *Buschke* und *Langer* die Folgerung, daß „das essigsaure Thallium dank seiner raschen und bei Anwendung von richtiger Dosierung und tadellosen Präparaten auch gefahrlosen Wirkung, zweifellos ein zuverlässiges Mittel für Epilation bei Dermatomykosen bildet".

Wie wir uns persönlich davon in der Klinik von Professor *Buschke* überzeugten, haben sich diese Anweisungen auch bei weiteren Prüfungen an kranken Kindern als völlig richtig erwiesen. Außerdem ist heute das essigsaure Thallium schon von vielen Autoren in verschiedenen Ländern geprüft worden. Es sei erwähnt, daß die Beobachtungsresultate über die praktische Tauglichkeit der Methode *Buschke-Langer* nicht völlig gleich lauten.

Cicero in Mexiko, der das essigsaure Thallium in 354 Fällen geprüft hat, spricht seine Zufriedenheit mit den Resultaten aus, obgleich er einige Male sehr geringe Nebenerscheinungen beobachtet hatte. Daselbst prüfte *Uruena, Ciceros* Arbeit verfolgend, das Thallium an weiteren 200 Fällen und wiederum mit gutem Erfolg. Nicht schlechte Resultate erhielten *Fiocco* (104 Fälle), *Felugo* (40 Fälle), *Pauchly* (14 Fälle), *Peter* (7 Fälle); *Kleinmann* (103 Fälle); begeistert äußert seine Meinung über Thallium *Bronstein* (12 Fälle).

All die erwähnten Autoren (etwa 900 Fälle) meinen, daß das Präparat, obgleich auch toxisch, für den Gebrauch tauglich ist; manche Autoren sprechen sich auch für den möglichst weitgehenden Gebrauch aus. Jedoch trifft man zugleich neben den erwähnten Autoren, die in der Mehrzahl sind, auch andere, die sich dieser Methode gegenüber entweder völlig negativ oder aber mit einer gewissen Reserve verhalten. Zu diesen muß auch *Sabouraud* gezählt werden, ferner *Pasini* (50 Fälle), welcher trotz erhaltener leidlicher Resultate und Fehlens schwerer Nebenerscheinungen doch vom Gebrauch des Präparats abrät, indem er auf die Toxität desselben hinweist.

Um die Frage der praktischen Verwendbarkeit des essigsauren Thalliums zu lösen, ist unserer Meinung nach folgendes zu erwägen: Beseitigt die neue Thalliumepilationsmethode die Röntgentherapie völlig? — Wenn dies der Fall ist, so muß die Epilation mit Thallium keinen schlechteren therapeutischen Effekt erzielen und nicht weniger gefährlich im Sinne der

Digitized by Google

Nebenerscheinungen sein. Aber man kann die Frage noch so lösen, daß diese Methode der Röntgentherapie zwar nachsteht, aber in Fällen angewendet werden kann, wo Röntgen nicht vorhanden oder nicht anwendbar ist. Und endlich ist noch die letzte Lösung möglich: die Methode ist gar *nicht* verwendbar, da sie toxisch ist. Diese Fragen zu lösen, gehört zu unserer Aufgabe. Aber bevor wir direkt zu den klinischen Beobachtungen und der Behandlung unserer Kinder schritten, wollten wir möglichst die zulässige toxische und letale Dosis des essigsauren Thalliums prüfen. Die Experimente wurden an jungen Ratten und Kaninchen ausgeführt. Die einmalige Thalliumdosis von 8 mg auf 1 Kilo, der menschlichen Dosierung entsprechend, bewirkte bei der Ratte keine schädliche Wirkung; nach 10 Tagen trat ein partieller Haarausfall in Einzelherden auf. Anderthalbe, zweifache und sogar dreifache Dosis erwiesen keine sichtliche schädliche Wirkung; der Haarausfall war ebenfalls teilweise, trat aber sehr früh ein. Eine vierfache Dosis bewirkte bei der Ratte eine gewisse Mattigkeit und am 8. Tage einen reichlicheren Haarausfall als bei den anderen. Nach dem Haarausfall trat Paresis der Hinterpfoten ein. Die sechsfache Dosis war für die Ratte verhängnisvoll; in diesem Falle traten einen Tag nach der Thalliumverabreichung Erscheinungen auf, welche Störungen des Zentralnervensystems anzeigten, die sich in einer Paresis und darauf Paralysis der unteren Extremitäten äußerten. Die Ratte verendete am dritten Tage. Was die Kaninchen anlangt, so riefen eine ein- und sogar zweifache Dosis keine objektiven Anzeichen einer Vergiftung hervor, bewirkten aber auch keinen Ausfall der Haare. Hieraus kann man, wie uns scheint, schließen, daß beim Tier toxische und therapeutische Dosis sehr nahe liegen. Schließlich spielen wohl auch individuelle Verschiedenheiten beim Tier und auch beim Menschen eine wichtige Rolle. Diese Erwägungen sind von der Klinik völlig bekräftigt worden; wir wissen, daß die Dosis von 8 mg auf ein Kilo Körpergewicht in einigen Fällen für Erwachsene schon toxisch ist, in anderen nicht. Darauf weisen unter anderem auch *Buschke* und *Langer* in ihren Regeln hin, wo sie sagen: „Die Dosierung soll sehr genau sein, da selbst geringe Überdosierung schon Vergiftungserscheinungen bewirken kann." Der geringe Unterschied zwischen der therapeutischen und toxischen Dosis ist wahrscheinlich die einzige schwache Stelle der Thalliumtherapie. Jedoch veranlaßten die sehr aufmunternden klinischen Beobachtungen der Literaturangaben, welche ungefähr 900 Fälle um-

Digitized by Google

fassen (in der Tat gewiß viel mehr) auch uns, zum Versuche der Thalliumanwendung an Menschen zu schreiten. Dieses war um so mehr angebracht, da die in der Stadt einzige Röntgenapparatur nicht allen Forderungen nachkam. Das Thallium wurde von uns an 93 Kranken geprüft, von denen 9 kombiniert behandelt wurden (Thallium + Röntgen), alle anderen nur mit Thallium.

Die Kranken sind der Diagnose nach folgendermaßen eingeteilt: Favus 31, Trichophytie 58, Mikrosporie 4; dem Geschlecht nach: 49 Knaben, 44 Mädchen;

dem Alter nach:	1—3 Jahre	4
	3—6 „	18
	6—9 „	25
	9—12 „	20
	12—13 „	21
	15—16 „	5
		93

Was die Anwendungsmethodik des Thalliums anlangt, so hielten wir uns an die von *Buschke* und *Langer* vorgeschriebenen Regeln. Vor der Verabreichung des Thalliums wurde der Kranke genau untersucht, während der Kur wurde Blut und Harn analisiert.

Die Behandlungsresultate fielen völlig befriedigend aus. Ungefähr in einem Drittel der Fälle konnten die Haare am 8. Tage leicht herausgezogen werden, seltener schon am 7. oder erst am 10. Tage. Gewöhnlich endet die Epilation im Laufe von 15—16 Tagen nach der Thalliumverabreichung. Die Epilation geht gewöhnlich gut und komplett vor sich; ziemlich oft, doch seltener als bei Röntgenbestrahlung bleibt sein Haarsaum an der Stirnhaargrenze stehen. Die Frage, weshalb dieser Saum verbleibt, ist noch nicht gelöst worden. Es muß bemerkt werden, daß dieser Teil des behaarten Kopfteils überhaupt relativ selten von Trichophytie und Favus ergriffen wird. Auf Grund unseres ziemlich reichlichen Materials konnten wir oft in Fällen mit weit von Favus befallener Kopfhaut Reste von Haaren in Form eines Saums beobachten. Daher scheint es uns möglich, die Voraussetzung auszusprechen, daß dieser Teil der behaarten Kopfhaut von einer stärkeren Resistenz sowohl in bezug auf Röntgenstrahlen und Thallium, als auch hinsichtlich der krankheitserregenden Ursache ist.

An den vom Pilze ergriffenen Stellen verblieben abgebrochene Haare in Gestalt von schwarzen Punkten, welche mit der Epilationspinzette entfernt wurden. Es muß bemerkt werden,

Digitized by Google

daß hier sowohl wie bei der Röntgentherapie die nachfolgende manuelle Epilation von Wichtigkeit ist. Lanugo restierte oft, aber nicht öfter als bei Röntgenanwendung. Die Haare wuchsen gewöhnlich im Laufe von 30—40 Tagen wieder, früher trat der Haarwuchs seltener ein, dagegen kam er auch oft später[1]). Nur in drei Fällen mißglückte die Epilation vollständig, der Haarausfall begann, blieb aber herdweise.

Da wir die meisten Fälle in der Favusanstalt behandelten, so hatten wir die Möglichkeit, die kranken Kinder unter ziemlich langer Beobachtung zu behalten; außer den 2 Monaten, während denen sie in der Favusanstalt sich befanden, behielten wir die Kranken auch unter Aufsicht, nachdem sie in andere Kinderanstalten, ihren gewöhnlichen Wohnort, übergeführt waren. Unsere Beobachtungen dauerten durchschnittlich 6 Monate, wobei wir nur in sechs Fällen ein Rezidiv feststellen konnten.

In der Zusammenfassung unserer Beobachtung über die Behandlungsresultate wäre zu sagen, daß wir mit ihnen völlig befriedigt sind, und daß wir den bestimmten Eindruck haben, daß die Methode in bezug auf die Qualität der erhaltenen Epilation der Röntgentherapie nicht nachsteht. Hier, wie beim Röntgen, ist die nachfolgende Therapie von Wichtigkeit. Einen beträchtlichen Vorzug hat Thallium dadurch, daß die desinfizierende Behandlung gleich am Anfang eingeleitet werden kann; deshalb wird der in einigen Fällen zu beobachtende frühere Haarwuchs durch die früher eingeleitete Behandlung kompensiert.

Was die Resultate anlangt, die bei kombinierter Therapie erhalten wurden (Thallium + Röntgen), so muß gesagt werden, daß dieselbe nach der von *Buschke* und *Langer* vorgeschlagenen Methodik vollzogen wurde; diese Methode wandten wir am meisten bei größeren Kindern von 12—15 Jahren an. In allen Fällen, einen ausgenommen, erhielten wir gute Resultate.

Bei allen mit Thallium behandelten Kranken wurde vor und während der Behandlung der Harn untersucht. Nur einmal konnten wir während dieser Zeit pathologische Veränderungen finden.

Auch die Blutuntersuchungen ließen wir nicht außer acht. In dieser Hinsicht untersuchten wir 33 Kinder, wobei in

[1]) Es muß vermerkt werden, daß, wenn lange in Lösung gestandenes Thallium gebraucht wurde, seine Wirkung abgeschwächt war, die Epilation trat später ein; zur totalen Epilation war längere Zeit nötig, und der Haarwuchs verzögerte sich.

Digitized by Google

23 Fällen die Untersuchung zweimal, in 10 Fällen dreimal vorgenommen wurde. Die Blutuntersuchung wurde gewöhnlich zum ersten Male vor der Thalliumverabreichung, zum zweiten Male am 3. oder 4. Tage und zum dritten Male am 10. Tage gemacht.

Es ergibt sich dabei, daß der Hämoglobinprozentsatz sich in der Hälfte der Fälle gesteigert hat, wenngleich auch nur gering, in der andern Hälfte der Fälle ist er entweder der gleiche geblieben oder nur gering vermindert worden. Die Anzahl der roten Blutkörperchen ist häufiger vermindert, aber zuweilen auch gesteigert. Aber sowohl die Steigerung, als auch die Verminderung schwanken in sehr geringem Maße.

Die Leukozytenanzahl ist in ungefähr einem Drittel der Fälle vermindert, in einer etwas kleineren Anzahl von Fällen gesteigert, in einem Drittel der Fälle der gleiche geblieben.

Was die im allgemeinen starke Eosinophilie anlängt, so fand sich in zwei Dritteln der Fälle eine Steigerung, zuweilen sogar eine beträchtliche; nur in neun Fällen erhielt man eine geringe Verminderung.

Wir kommen nunmehr zu einer der wichtigsten Fragen der Thalliumtherapie, nämlich den Nebenerscheinungen und der Toxität des Präparats. Diese Frage steht in engster Verbindung mit derjenigen der Verwendbarkeit des Thalliums überhaupt. In 95 Fällen (eingerechnet neun kombiniert — Thallium + Röntgen — behandelte Fälle) trafen wir 25mal leichte Erscheinungen von Intoxikation. Darunter 20mal Gelenkschmerzen; diese Schmerzen traten in verschiedenen Perioden nach der Thalliumverabreichung einmal am 3. Tage, öfters nach einer Woche auf. In zwei Fällen beobachten wir Magenschmerzen, die aber bald nachließen. Einmal sahen wir Tränenfluß, Schwerhörigkeit, Konjunktivitis, zweimal Dermatitis des behaarten Kopfteiles. Wir können mit Bestimmtheit behaupten, daß die Gelenkstörungen (immer ohne organische Veränderungen) häufiger an schwächlichen Kindern zu beobachten sind. Gut genährte Kinder dagegen vertrugen das Thallium gewöhnlich ohne Beschwerden. Ebenfalls bildet Ruhe ein vorzügliches prophylaktisches Mittel gegen die Nebenerscheinungen. Wir bemerkten, daß bei warmem Wetter, als die Kinder die Möglichkeit hatten, frei herumzulaufen, die Häufigkeit der Gelenkerkrankungen beträchtlich zunahm.

Angeregt durch den vorzüglichen therapeutischen Effekt und das fast völlige Fehlen der Nebenerscheinungen, gingen wir zur ambulanten Behandlung über. Dazu kam noch der Um-

Digitized by Google

stand, daß die Klinik in den Ferien geschlossen wurde, und das hiesige Röntgenkabinett wegen hoher Frequenz allen Anforderungen nicht nachkommen konnte. Unter zahlreichen Fällen, die ebenso wie bei klinischer Behandlung gut und wunschgemäß verliefen, trafen wir auf einen letal geendeten Fall, augenscheinlich eine akute Thalliumvergiftung. Aber auch in diesem Falle kann man nicht dem Thallium alle Schuld geben, da hier, wie die Obduktion zeigte, vorhergehende Veränderungen chronischer Natur des Organismus (Reste einer früheren Poliomyelitis) vorhanden waren, und außerdem noch andere zufällige Umstände eine Rolle spielten, die vermuten lassen, daß wahrscheinlich versehentlich überdosiert war, da das Gewicht des Kindes nicht exakt festgestellt wurde — es war von der Mutter allein gewogen worden — und auch das Thallium nicht sehr exakt abgewogen war, da nicht die Tabletten, sondern das Salz verordnet wurde.

Wenn wir uns der Literatur über die toxische Wirkung des Thalliums zuwenden, so zeigt es sich, daß *Peter* zwei Fälle von Intoxikation beschrieben hat, wobei in seinen Fällen die Vergiftung damit erklärt wird, daß die zweite Epilationsdosis bei einem Rezidiv viel zu früh, nach 4 Wochen, gegeben wurde. *Divella* hatte zwei Todesfälle nach Thallium; in einem Falle bei einem Kinde, im anderen bei einem Erwachsenen. Das Kind litt an tuberkulöser Meningitis, und deshalb meint der Autor, daß in diesem Falle nicht allein das Thallium schuld war. Unser Fall ist womöglich nur der zweite Todesfall in der Literatur, den man bei Kindern beobachten konnte, wobei in dem Falle, wie auch in unserem vorhergehende Veränderungen des Nervensystems vorhanden waren. Starke toxische Erscheinungen nach Thallium sind viel häufiger bei Erwachsenen beschrieben worden, wie wir das schon früher erörtert hatten.

Einige Autoren (*Iwanoff*, *Landesman* und *Mgebroff* u. a.) warnen vor der Thalliumanwendung, gedenk der ferneren Wirkung desselben, aber *Buschkes* lange dauernden, sowohl experimentellen als auch klinischen Beobachtungen, welche gezeigt haben, daß nur eine chronische Vergiftung in dieser Beziehung ihre Wirkung entfalten kann, sind völlig überzeugend. Degenerative Veränderungen im Tierorganismus hat *Buschke* nur in den Fällen beobachtet, wo die Tierfütterung chronisch war. Es scheint, daß bei der Thalliumverwendung die Gefahr einer akuten Vergiftung nicht außer acht gelassen werden darf, und deshalb erlauben wir uns, zu *Buschkes* und *Langers* Regeln noch

Digitized by Google

folgende Maßnahmen vorzuschlagen, welche den Prozentsatz der Intoxikation noch vermindern könnten:

1. Thallium soll nur bei völlig gesunden Kindern angewandt werden, insbesondere muß der Zustand des Zentralnervensystems und des Darmtrakts berücksichtigt werden.

2. Die Behandlung mit Thallium soll ausschließlich klinisch vollzogen werden. (Nebenerscheinungen bei Kindern, welche nicht frei herumlaufen, werden seltener angetroffen.)

3. Da schon geringe Schwankungen der Dosis toxisch sein können, so soll das Abwiegen der Kinder und des Präparats von zwei Personen ausgeführt werden. Am zweckmäßigsten ist die Anwendung der bereits dosierten Tabletten.

Zusammenfassend läßt sich sagen:

1. Die Thalliumepilation steht in nichts der Röntgenepilation nach. Wenn beim Thallium die Enthaarung im allgemeinen etwas früher eintritt als nach dem Röntgen, und die Periode des Kahlseins bei ihm in einigen Fällen etwas kürzer ist, so wird dieser Mangel dadurch kompensiert, daß wir bei der Thalliumepilation die parasitizide Behandlung vom Tage der Thalliumverabreichung an beginnen, während sie bei der Röntgenbehandlung erst nach Schluß der Epilation vorgenommen wird. Auf Grund des oben Gesagten fühlen wir uns berechtigt zu behaupten, daß die Qualität der Thalliumepilation derjenigen der Röntgenbestrahlung mindestens gleich ist.

2. Bei der Röntgenepilation hängt die Epilationseigenschaft von der Kopfform ab, es werden zuweilen solche Kopfformen angetroffen, bei denen man keine gleichmäßige und identische Dosis für alle Kopfteile geben kann; infolgedessen restieren Haarbüschel und nicht epilierte Herde; beim Thallium wird so etwas nicht angetroffen.

3. Säuglinge einer Röntgenepilation zu unterwerfen, sind wir gar nicht imstande, da sie in einer fixierten Stellung nicht zu halten sind; auch dieser Umstand kann als Vorzug für das Thallium gelten. Das gleiche gilt für unruhige, z. B. idiotische Kinder.

4. Die Röntgenepilation bedarf eines größeren Zeitaufwandes als die Thalliumbehandlung; bei der Röntgenepilation muß einem jeden Kinde viel Zeit gewidmet werden, von ½ bis 1½ Stunden, abhängig je nach der technischen Röntgeneinrichtung.

Digitized by Google

5. Die Thalliumepilation ist sehr billig und könnte allerorts Verwendung finden, während die Röntgenapparatur schon aus wirtschaftlichen Gründen nicht immer zugänglich ist.

Wenn man dabei die toxischen Eigenschaften des Thalliums berücksichtigt, so muß ein jeder die allergrößte Vorsicht üben. Das Thallium ist zweifellos toxisch und ruft in einem gewissen Prozentsatz mißliche Nebenerscheinungen hervor, aber dieselben sind gering und fehlen fast ganz bei Anwendung der von *Buschke* und *Langer* empfohlenen Vorsichtsmaßregeln. Intoxikationserscheinungen werden häufiger bei Erwachsenen beobachtet, Todesfälle sind nur ausnahmsweise und hängen von einer ganzen Reihe zufälliger Umstände ab. Wir wissen, daß auch die Röntgenstrahlen von Nebenerscheinungen begleitet sind, daß es Fälle von besonderer Sensibilität in bezug auf dieselben gibt, daß als Resultat der Röntgenepilation eine dauernde Enthaarung, nicht nur partielle, sondern auch totale, eintreten kann; ein jeder von uns hat natürlich Röntgendermatitiden und Ulzera zu beobachten Gelegenheit gehabt. Auch nach der Röntgenbehandlung treten, wenn auch selten, weitläufige Nebenerscheinungen auf, in Gestalt von Erscheinungen zerebraler Reizung, wie Kopfweh, Übelkeit und Erbrechen. All dieses spricht dafür, daß die Thalliumepilation bezüglich ihrer Toxität nicht größer ist als die Gefahren der Röntgenstrahlen. Toxische Eigenschaften des Thalliums sind zweifellos vorhanden, aber bei Berücksichtigung der erwähnten Regeln kann man es als gefahrlos ansehen. Auch bei der Röntgenepilation, nicht weniger als bei der Epilation mit Thallium, ist vorsichtige Verwendung angebracht. Wir stimmen mit *Buschkes* und *Langers* Schlußfolgerungen völlig überein, daß diese Methode „als Epilationsmittel bei Dermatomykosen bedingungslos empfohlen werden kann und alle Vorzüge besitzt, um sich in der Medizin einzubürgern, und insbesondere da, wo es an Röntgenapparatur mangelt". Die weitere Erforschung soll zeigen, ob diese Methode die Röntgenbestrahlung völlig ersetzen kann.

Zum Schluß sprechen wir Herrn Dr. *K. A. Kagan* unseren besten Dank aus für die freundliche Mitwirkung und Teilnahme an unserer Arbeit in der Favusanstalt.

Digitized by Google

V.

Lebensdauer der Spirochaete pallida.

(Bemerkungen zur Arbeit von *Kadisch*, diese Zeitschrift 1927 Bd. 51 Heft 2 S. 117.)

Von

Privatdozent A. KISSMEYER

(Kopenhagen).

Die Arbeit von *Kadisch* über die Lebensdauer der Spirochaete pallida bietet ein großes Interesse dar, indem sie zeigt, daß die *Möglichkeit* einer extragenitalen Infektion jedenfalls theoretisch etwas größer ist, als allgemein angenommen wird. Es sei mir nun erlaubt, in einem Punkt seine Angaben zu vervollständigen. *Kadisch* zitiert meine in der Münchener medizinischen Wochenschrift 1923 mitgeteilten Erfahrungen über die Widerstandsfähigkeit der Kulturspirochäten gegen niedrige Temperaturen und gibt an, daß bei + 2° C die Spirochäten nach einigen Tagen starben. Dagegen erwähnt *Kadisch* nicht, daß ich *von einer bei — 16° C gehaltenen Kultur nach 3 Monaten noch Subkulturen anlegen konnte.* Dieser Befund bekräftigt sowohl die Erfahrungen von *Krantz* als auch die von *Kadisch* über die größere Widerstandsfähigkeit bei sehr niedriger Temperatur. Da die Spirochäten von *Kadisch* Gewebsspirochäten waren, während meine von einer *Reinkultur* stammten, hat sein Befund natürlich ein besonderes Interesse, weil er die Identität meiner Kulturspirochäten jedenfalls in dieser Beziehung mit den Gewebsspirochäten demonstriert. Es scheint also wirklich, daß die Spirochaete pallida bei sehr niedrigen Temperaturen ihre Lebensfähigkeit (und Ansteckungsfähigkeit?) 2½ bis 3 Monate bewahren kann.

Digitized by Google

VI.

(Aus der Universitätshautklinik Bonn [Direktor: Professor Dr. *E. Hoffmann*].)

Über Einschlüsse in den Harnröhrenepithelien bei chronischer Urethritis.

Von

Dr. HANS SCHMITZ.

Nach bisher nicht veröffentlichten Beobachtungen *E. Hoffmanns* findet man in Fällen chronischer postgonorrhoischer Urethritis des Mannes in den mit dem Sekret entleerten oder aus der Pars anterior entnommenen Epithelien hin und wieder gewisse polymorphe, von ihm als Keratohyalin angesehene Einschlüsse, über deren Natur in der Literatur noch wenig berichtet worden ist.

Martin und *Romieu*[1]) haben „polymorphe Einschlüsse von pseudoparasitärem Aussehen" bei chronischer gonorrhoischer Urethritis gefunden. Auf Grund des färberischen Verhaltens dieser Einschlüsse kommen sie zu dem Ergebnis, daß es sich um Keratohyalin bzw. Eleidin handele, daß es somit ein Stratum granulosum gebe, welches sich in Desquamation befinde und eine dermoide Umwandlung der Harnröhrenschleimhaut beweise.

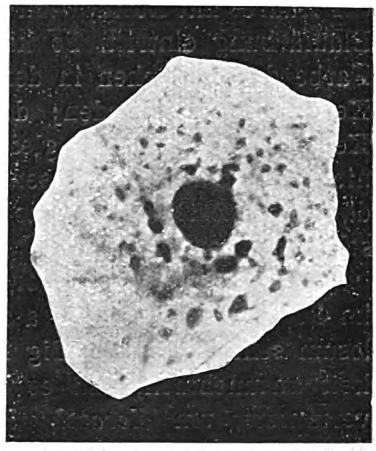
In dem von *E. Hoffmann* unabhängig davon beobachteten und mir überlassenen Fall handelte es sich um eine post-gonorrhoische Urethritis, die im Gefolge einer 1911 erworbenen Gonorrhöe von Zeit zu Zeit etwas stärker sezernierte und *zahllose Epithelien* und Bakterien aufwies, ohne daß je Gonokokken mehr nachweisbar waren. Sie reagierte stets gut auf Injektionen von Zinkresorzinlösung. Die zahlreichen, mit Methylenblau gut färbbaren Schollen und Körnchen, die innerhalb der Epithelzellen lagen, erschienen *Hoffmann* ihrer färberischen Eigenschaften wegen als Keratohyalinkörnchen, und es wurde mir die nähere Bearbeitung dieser Frage übertragen.

Wenn man, wie das inzwischen von mir geschehen ist, geeignete Fälle genügend lange und gründlich kontrolliert, findet man, daß die als Einschlüsse bezeichneten Körperchen im Zytoplasma gar nicht so selten sind. Und zwar sind es überwiegend die chronischen, manchmal jahrealten Katarrhe der männlichen Harnröhre, die im Anschluß an frühere Gonorrhoe bestehen oder

Digitized by Google

auch von Anfang an nicht gonorrhoisch waren. Aber auch bei frischerer Gonorrhoe werden sie gelegentlich bei Verschwinden der Gonokokken aus dem Sekret ein paar Tage lang gesehen. Überhaupt konnte ich im Gegensatz zu *Martin* und *Romieu* nie Einschlußkörperchen gleichzeitig mit positivem Gonokokkenbefund feststellen, sondern immer nur bei Spärlichwerden des Eiters und Auftreten von zahlreichen Epithelien im Sekret.

Bei weiblicher Gonorrhoe ließen sie sich ebenfalls in einem Falle im Harnröhrenepithel nachweisen. Die Färbung mit Methylenblau genügt zur Feststellung der Granula, wenn man sich nur hütet, Auflagerungen als Einschlüsse anzusehen. Um aber ihrem Wesen näherzukommen, sind speziellere Färbemethoden erforderlich. Dabei stellen die erwähnten Einschlüsse polymorphe, in der Größe sowohl wie in der Intensität der Färbung stark schwankende Granula dar, die das Zytoplasma der desquamierten Epithelzelle in mehr oder weniger großer Dichte durchsetzen. Bei allerstärkster Vergrößerung läßt sich in ihnen eine gewisse Struktur, ähnlich einem Gerüstwerk, feststellen. Manchmal ist die Lagerung der Körnchen zum Kern der Zelle so, daß man an eine Abstoßung aus demselben denken kann (vgl. Abbildung).



Die Auffassung, daß es sich um *Kernkörperchen, Nukleolen*, handele, ist aber nach dem ganzen Bilde und auch nach Ansicht von anatomischer Seite (Prof. *Sobotta*) wohl nicht wahrscheinlich, wiewohl zugegeben werden muß, daß ein zwingender Beweis *gegen* diese Annahme bei der weitgehenden Übereinstimmung auch in der Färbung von Kern und Granula nicht zu führen ist.

Keratohyalingranula gibt es überall, wo ein Stratum granulosum vorhanden ist, also an der ganzen Hautdecke, mit Ausnahme der Schleimhäute. Eine Sonderstellung nimmt nur das Lippenrot ein, in dem ein solches nachgewiesen worden ist[2]). Die Ansichten über Entstehung des Keratohyalins sind auch heute noch sehr geteilt. Immerhin ist es so gut wie erwiesen, daß als Entstehungsorte sowohl der Kern wie das Zytoplasma

Digitized by Google

und die letzteres durchziehenden Tonofibrillen angesehen werden dürfen.

Auch die Frage nach der chemischen Natur des Keratohyalins ist sehr umstritten. Manche halten es für eine eiweißartige Vorstufe der Hornsubstanz, des Keratins [2], [3], [4], andere lehnen diese Auffassung ab [5]. Dagegen wird die Abstammung des Eleidins von dem verflüssigten Keratohyalin allgemein angenommen.

Ein gültiger Beweis aber dafür, daß es sich bei genannten Einschlüssen um *Keratohyalin* handelt, ist deswegen nicht zu führen, weil es eine spezifische Keratohyalinfärbung nicht gibt. Es färbt sich sowohl mit sauren als mit basischen Farbstoffen, wodurch eine völlig genaue Differenzierung nicht möglich ist. So imprägnieren sich die Granula in der äußeren Wurzelscheide des Haares mit Eosin, während im Stratum granulosum der Haut Blaufärbung eintritt. So kann auch die Übereinstimmung der Farbe der Körnchen in den Harnröhrenepithelien mit der des Kernes erklärt werden; denn die meisten Farbstoffe färben Keratohyalin und Kern gleichermaßen. Um Eleidin kann es sich nicht handeln; denn dieser lipoidartige Stoff wird in Osmiumdämpfen geschwärzt, was wir in unseren Präparaten ausschließen konnten.

Wenn nun auch ferner Form und Anordnung der Granula im Gegensatz zu den Keratohyalinkörnchen des Stratum granulosum sehr ungleichmäßig ist, so ist doch mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß es sich tatsächlich, wie *E. Hoffmann* vermutete, um *Keratohyalin* handelt. Histologisch wäre es, wenigstens für den vorderen Teil der Harnröhre, sowie etwa für die weibliche Vagina, durchaus denkbar, daß es auf chronischen Reiz hin zu einer Art horniger Umwandlung der Schleimhaut kommen könnte, wie ja auch bei *Leukoplakie* bzw. *Leukokeratose* eine solche mit reichlicher Keratohyalinbildung im Munde und anderwärts [6] stattfindet.

Literaturverzeichnis.

[1] *Martin* und *Romieu*, Inclusions polymorphes et d'aspect pseudo-parasitaire dans les cellules epitheliales pavimenteuses d'un eculement urethral chronique. Journal d'urol. med. et chir. 1924. Bd. 17. S. 210. — [2] *Hoepke*, Handb. d. Mikroskop. Anat. Bd. 3. 1. Teil. 1927. — [3] *Unna*, Biochemie der Haut. — [4] *Stöhr*, Lehrb. d. Histologie. — [5] *Sobotta*, Lehrb. d. Histologie. — [6] *Gans*, Histologie der Hautkrankheiten. Bd. 2. S. 384.

Digitized by Google

VII.

Erfahrungen mit Perkutolen.

Von

Dr. HANS SCHLÜTER,

Berlin.

Die Perkutole sind auf rein physikalische Weise verflüssigte Arzneimittel, die nach einem besonderen Verfahren, ohne daß flüssige Lösungsmittel zur Verwendung kommen, von der Chemischen Fabrik Reisholz, in Reisholz bei Düsseldorf, hergestellt werden. Auf diese Weise ist es möglich, die wirksamen Stoffe direkt auf die Haut zu bringen, ohne daß eine Salbenkombination als Einbettungsmittel notwendig ist. Es ist allgemein bekannt, daß aus Salbengrundlagen nur eine sehr langsame und unvollkommene Resorption stattfindet. Bei den Perkutolen ist die Resorption bedeutend besser und beschleunigt. Dadurch wird eine kräftigere und schnellere Wirkung des betreffenden Medikaments erreicht. Diese perkutane Applikation hat weiter den großen Vorzug der guten Verträglichkeit gegenüber peroraler Anwendung und manchen Injektionen.

Die Perkutole bestehen aus einem Säureester als Grundsubstanz und dem therapeutisch wirksamen Agens. Andere Vehikel sind nicht vorhanden.

Meine Erfahrungen erstrecken sich auf folgende Perkutole:

1. *Resorzin-Perkutol.* Diese Zusammenstellung besteht aus 33,5% Resorzin und 66,5% Salizylsäureester. Das Präparat ist flüssig und fast farblos. Der Geruch ist nicht unangenehm.

Ich habe sehr gute Erfolge bei der Behandlung der Hyperhidrosis pedum et manuum gehabt. Jeder Praktiker kennt die großen Schwierigkeiten, die sich einer Behandlung der übermäßigen Schweißabsonderung entgegenstellen. Die vielen empfohlenen Salben, Puder und Lösungen bringen gewöhnlich nur vorübergehende Erfolge; Dauererfolg ist meist nicht zu erzielen. Spirituöse Lösungen reizen außerdem oft die Haut so stark, daß sie ausgesetzt werden müssen.

Ich habe in fast allen Fällen der Anwendung des Resorzin-Perkutol ein vollständiges Zurückgehen der Schweißbildung beobachten können. Der meist vorhandene üble Geruch verschwand bereits nach den ersten Einreibungen. Ein wichtiges Erfordernis ist Sauberkeit. Ich bin in der Weise vorgegangen, daß ich vor jeder Einreibung ein Reinigungsbad nehmen ließ. Darauf wurde die Haut sorgfältig abgetrocknet und dann mit 5 bis 15 Tropfen Resorzin-Perkutol eingerieben. Diese Einreibungen haben in den ersten Tagen der Behandlung täglich, weiterhin allmählich seltener zu erfolgen. Schließlich genügt eine Einreibung wöchentlich, alle 2 Wochen, und einmal im Monat, um den erreichten guten Zustand zu erhalten. Reizerscheinungen von

Digitized by Google

Bedeutung habe ich nicht gesehen. Einige Patienten klagten über leichtes Brennen, das jedoch nach kurzer Zeit wieder verschwand. Sonstige Nebenerscheinungen habe ich nicht beobachtet.

Resorzin-Perkutol wird von *E. Hoffmann*, Bonn, auch für die Behandlung des Erythrasmas, der Pityriasis versicolor und anderer Pilzerkrankungen der Haut empfohlen. Mir steht lediglich die Beobachtung von vier Erythrasma-Fällen zur Verfügung. In drei Fällen konnte ich die Erkrankung beseitigen, während der vierte rezidivierte. Ein abschließendes Urteil ist hiernach noch nicht möglich. Doch scheint das Mittel auch bei diesen Pilzerkrankungen Gutes zu leisten.

2. *Jod-Perkutol.* In dieser Kombination sind 5% reines Jod und 95% Salizylsäureester enthalten. Es ist eine dicke, ölige Flüssigkeit von dunkelbrauner Farbe. Ich habe einen Fall von hartnäckiger Gonitis, unklarer Ätiologie, mit Jod-Perkutol zur Ausheilung gebracht. Es handelte sich um einen 21jährigen Patienten mit einer linksseitigen Gonitis. Punktionen hatten nur vorübergehend Erfolg. Das Knie wurde jeden Abend mit Jod-Perkutol eingerieben. Die Haut zeigte keine Reizerscheinungen. Das Jod wurde sehr schnell resorbiert; nach kurzer Zeit war es im Harn nachweisbar. Säuert man etwas Harn mit Salzsäure an und setzt dann einige Tropfen Stärkekleister und Chlorkalklösung zu, so entsteht Blaufärbung. Mit rauchender Salpetersäure und Chloroform ist der Nachweis ebenfalls möglich. Das Chloroform nimmt bei Anwesenheit von Jod eine karminrote Färbung an. — Die Schwellung des Knies ging nach kurzer Zeit zurück, die Schmerzen ließen nach, das Knie wurde wieder beweglich. Es war in diesem Falle zu erkennen, daß das vorhandene Exsudat unter der Jodeinwirkung zurückging. Die Haut wurde in keiner Weise angegriffen.

3. *Salizyl-Perkutol.* Bei Myalgien, Arthritiden und Neuralgien habe ich mit Salizyl-Perkutol, das 5% Acid. salicyl. cristall. enthält, ausgezeichnete Erfolge gehabt. Die Einreibungen wurden durchweg als sehr angenehm empfunden. Die Schmerzen waren nach kurzer Zeit gebessert. Der große Vorteil dieser Art der Salizylapplikation besteht darin, daß der Verdauungstraktus umgangen wird. Die lästigen Beschwerden von seiten des Magens fallen fort. Bei schweren Krankheitsfällen ist allerdings eine gleichzeitige innere Salizyldarreichung nicht immer zu vermeiden. Ich ließ täglich mehrmals einreiben. Hautreizungen traten auch hierbei nicht auf. Im Harn ist die Salizylsäure ebenfalls nachweisbar. Nicht zu unterschätzen ist auch eine suggestive Wirkung auf den Patienten, die darin besteht, daß das Medikament direkt auf die schmerzenden Stellen appliziert wird.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die mit den Perkutolen erzielten Ergebnisse als durchweg günstige zu bezeichnen sind. Diese Erfahrung entspricht der von verschiedenen Seiten festgestellten trefflichen *Resorption der in den Perkutolen inkorporierten Medikamente. Kretschmer* konnte nach dreimaliger Einreibung von je 15 Tropfen Salizyl-Perkutol in mehreren Fällen am nächsten Tage Acid. salicyl. im Harn nachweisen. Ich fand nach Gebrauch von Jod-Perkutol Jod im Urin. *Hinz* ließ durch *Horneck* einen Serienversuch am Hund anstellen, indem er vier moderne Salben und vier neuartige Medikamentträger, mit Farbstoffen imprägniert, in die geschorene, sonst nicht vorbereitete Haut einreiben ließ. Hinterher exzidierte Hautstücke wurden mit dem Gefriermikrotom in Schnitte von 20 Mikren zerlegt, mikroskopisch untersucht und farbenmikrophotographisch festgehalten. Die intensivste

Digitized by Google

Farbablagerung in und unter der Haut ergab sich bei Verwendung von Salizyl-Perkutol. Mit großer Wahrscheinlichkeit darf man also urteilen, daß Perkutole das Mittel der Wahl sind, um Medikamente bestmöglich in die Haut und durch die Haut zur Resorption zu bringen. — Wenn *Frey* bei Besprechung der Arteriosklerosebehandlung mit Jod die äußerliche Jodanwendung als Ersatz der oralen Darreichung ablehnt und sagt: „für Jodvasogen, Jodthion, Jod-Perkutol ist die Resorption durch die Haut unsicher", so ist diese Annahme jetzt für Jod-Perkutol einwandfrei widerlegt.

Mit den Perkutolpräparaten kann man bei äußerlicher Anwendung nicht nur arzneiliche Beeinflussung der Haut und der unmittelbar darunterliegenden Gebilde erreichen, sondern auch therapeutische Allgemeinwirkungen im Gesamtorganismus. Damit ergibt sich ein sehr weites Indikationsgebiet für Anwendung der Perkutole, insbesondere für Jod-Perkutol und Salizyl-Perkutol.

Literaturverzeichnis.

Roscher, Med. Kl. 1923. Nr. 46. — *v. Bülzingslöwen*, M. med. Wschr. 1924. Nr. 8. — *Er. Hoffmann*, Derm. Ztschr. Bd. XL. H. 2, u. Bd. XLII. H. 2. — *Lenhardt*, Med. Kl. 1925. Nr. 47. — *Beer*, D. med. Wschr. 1925. Nr. 40. — *Taubert*, M. med. Wschr. 1924. Nr. 32. — *Simon*, Tierärztl. Rundsch. 1926. Nr. 8. — *Wollersheim*, Tierärztl. Rundsch. 1925. Nr. 29. — *Kretschmer*, D. med. Wschr. 1925. Nr. 7. — *Lerens sen.*, Tierärztl. Rundsch. 1925. Nr. 34. — *Horneck*, Tierärztl. Rundsch. 1927. Nr. 19. — *Frey*, M. med. Wschr. 1925. Nr. 33.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. April 1927.

Vorsitzender: *Sabouraud.*

Lortat-Jacob und *Legrain*, Zum Protokoll (*Riehl*sche Melanose).

Marcell Pinard und *Jean Meyer*, Zum Protokoll. (Über einen Fall von Parapsoriasis, vorgestellt in der Februar-Sitzung 1927.) Der Fall hat sich als Ekzem herausgestellt. Nach Entziehung von Brot und Wein erfolgte Abheilung.

Marcel Pinard, Zum Protokoll (Mitteilung von *Lenormand*).

Hudelo und Rabut, Zum Protokoll (Syphilis II mit negativer Wa.R.).

Verff. konnten seit ihrer Mitteilung vom Jahre 1924 bei 41 Fällen von Syphilis II recidivans 10mal negativen Ausfall der Wa.R. oder der Reaktion nach *Hecht* bzw. *Vernes* finden.

Hudelo, Dumet, Cailliau und *Boissau*, Ein Fall von Urticaria pigmentosa mit Blasenbildung.

Es handelt sich um einen 7 Monate alten Knaben. Es fanden sich Blasen von Hirsekorn- bis Haselnußgröße.

Hudelo und *Rabut*, Pigmentierung der Mundschleimhaut.

Demonstration eines Falles und Erörterung der möglichen Beziehungen zu Syphilis, zum sympathischen und endokrinen System.

Digitized by Google

Hudelo, Montlaur und *Mornet,* Ein Fall von Aktinomykose des Halses.

Lortat-Jacob und *Legrain,* Ein Fall von Lupus pernio mit Drüsenerkrankung und Knochenveränderungen.

Die Erkrankung der 40jährigen Frau war von umschriebenen Drüsenvergrößerungen begleitet und einer Periostitis ossificans an den ersten Phalangen (im Gegensatz zu den Knochenaufhellungen, wie sie in der französischen Literatur von *Schaumann* beschrieben wurden).

Milian und *J. Delarure,* Morphaea atrophicans lepröser (?) Ätiologie.

Es handelte sich um einen 2:1,5 cm großen Flecken hinter dem Kieferwinkel und Ohrläppchen; er weist Elfenbeinfarbe und leichte Atrophie auf und besitzt einen hyperpigmentierten Rand. So gilt er als die von *Brocq* und *Civatte* beschriebene Übergangsform zwischen umschriebener Sklerodermie und Hautatrophie. Die 14jährige Patientin stammt aus der Bretagne, wo Lepra noch vorkommt. Außer Hypaesthesie im Bereich des Fleckens besteht leichte Atrophie des rechten Thenar und Steigerung der linksseitigen Beinreflexe. Die mikroskopische Untersuchung spricht nicht gegen Lepra. Der ätiologische Beweis fehlt.

P. Ravaut und *J. Vibert,* Ein Fall von Poroadenitis. Untersuchungen zum Nachweis des Schankers.

P. Ravaut und *J. Vibert,* Zwei Fälle follikulärer Keratosen (mit Schmieröldermatitis bzw. Melanose).

Zwei Fälle gewerblicher Schädigung.

E. François-Dainville und J. Lançon, Gleichzeitiges Vorkommen von Tabes und sekundären Hautsyphiliden bei negativen Seroreaktionen.

Der seltene Fall betraf einen 29jährigen Journalisten. Syphilitische Infektion 1918 in Marokko. Damals nur mit Pillen *(Ricord)* und Sirup *(Gibert)* behandelt. Im Juni 1926 Erkrankung an heftigen Kopfschmerzen. Trotz Wismutbehandlung wegen Tabes fand sich im Februar 1927 ein papulo-krustöses Syphilid.

Louste, Ducourtioux und *Lotte,* Lepra mixta an Haut und Nerven bei negativer Wa.R.

Die Wa.R. war unter spezifischer Behandlung negativ geworden.

Louste, Thibaut, Robert Cahen und *P. Vanbockstael,* Trockene Gangrän durch Arteriitis der Lumbalgegend. Ätiologische Bemerkungen.

Gangrän der Lumbalgegend bei 73jährigen Syphilitiker mit Hyperglykämie.

Louste, Thibaut, Robert Cahen und *P. Vanbockstael,* Chronische Prurigo mit Lokalisation im Gesicht bei 15jähr. Jungen.

Die ersten Erscheinungen zeigten sich vor 12 Jahren und führten allmählich zur Bildung eines großen lichenifizierten und pigmentierten Herdes.

E. Delmas, Versuch der Behandlung chronischer Ulzerationen mit radioaktiver Salbe.

Guter Erfolg in zwei Fällen (darunter bei varikösem Ulkus); Mißerfolg bei einem dritten Falle (Röntgen-Ulkus).

E. Delmas, Über einen Fall von gangränösem Zoster nach Balanitis mit konfluierenden Bläschen, der zu enormer schankerformen Ulzeration und Mutilation der Glans führte.

Krankengeschichte mit Photographie.

Digitized by Google

Gougerot, Georges Kuss und *Filliol,* Weißer fibröser narbiger Nävus mit angiomatösem Rande.

H. Gougerot, Über die präventive Malariabehandlung gegen nervöse Erscheinungen der Syphilis.

Bericht über einen Fall, in dem spontane Malaria die Entwicklung von Paralyse nicht ausschloß.

Diskussion: François-Dainville, Milian, Lévy-Franckel, Ravaut, Gougerot.

Lotte, Gleichzeitiges Vorkommen von Zoster und Varizellen.

Bericht über die Erkrankung eines 2jährigen Kindes, welche 11 Tage nach Injektion von Keuchhusten-Vakzine eintrat.

Ch. Laurentier, Über einen Fall von Neurodermitis in der Axilla (Fox-Fordyce).

Kasuistik mit Besprechung der Theorien von *Schiefferdecker* und *H. Fischer.* *Zurhelle* (Bonn).

Royal Society of Medicine, Section of Dermatology.

Sitzung vom 16. Juni 1927 unter *Sequeiras* Vorsitz.

The B. j. o. D. a. S. 1927, 11.

Weber: Frühes Anginoma serpiginosum auf einer Schulter. Gutentwickelte, sonst gesunde 24jährige Dame zeigt verschiedene, kaum erhabene, nicht juckende rote bzw. rotbraune Flecke, deren einige stecknadelspitzengroße Teleangiektasien aufweisen. Älterer Fleck von annähernd 2 Jahren, brauner und leicht glänzend. Pigmentation fehlt, was dieses Leiden vom Schamberg unterscheide. Schamberg treffe man außerdem nur bei Männern, unser Leiden aber fast nur bei Frauen. Wegen des nur langsam fortschreitenden Leidens käme löchstens Eingriff aus kosmetischen Gründen in Frage. Auch *Sequeira* hat gleiche Fälle ohne Erfolg behandelt.

Dowling: Acne agminata. Teilweise gehäufte stecknadelkopf- bis hirsekorngroße rotbraune Papeln über weite Gebiete des Gesichtes. Einzelläsion wie Lupusknötchen. Einzelne geheilt unter Hinterlassung von gelbbraunen vertieften Narben von opaleszentem Aussehen. Pirquet negativ. Sonst war Kranker gesund.

Dowling: Casus seborrhoideus rarus. Plötzlicher Ausbruch von Papeln und Knötchen verschiedener Größe über Gesicht und Hals bei sonst gesundem 38jährigem Manne. Bestand seit 8 Monaten. Jetzt Läsionen zu zusammenhängender Schicht zusammengeflossen. Gesicht bläulich. Farbe der Flecke rosagelb bis weiß. Keine Pustulation. Einzelläsion wie infizierte Schweißzyste vor Aufbruch, in Wirklichkeit aber fest. Besserung unter Röntgen und Schwefelanwendung. Wohl Acne agminata dem Pringleschen „rare seborrhoide" verwandt. Trotz lupoidem Aussehen der Knoten komme Tbc. nicht in Frage. *Sequeira* bemängelt die noch fehlende Gruppierung der verschiedenen Formen der Acne agminata. *Oliver* hat bei Impfung eines gleichen Lupoidknötchens auf Meerschweinchen negativen Erfolg gehabt. *Whietfield* weist darauf hin, daß solche Knötchen meistens auf Nase sich zeigten, und daß es sich um vergrößerte Talgdrüsen handele. Ihre Struktur sei fettig und protoplasmatisch, daher durchscheinend. Schnitte würden sicherlich

Digitized by Google

granulomatöses Infiltrat zeigen. Demnach lehnt er Beziehung des vorgestellten Falles zur Seborrhöe ab und sieht Tbc. als Ursache an, indessen sei Differenzierung zwischen knotigem Sarkoid und Tuberkel schwierig. *Dowling* denkt an so etwas wie follikuläre Tuberkulose vom Typ der Acne scrophulosorum. *Gray* hat diese Fälle lange für Sarkoidformen gehalten, da sie aber positiv auf Tuberkulin reagierten, käme das nicht in Frage, also kein Schaumann. *Schaumann* identifiziere Acne agminata mit dem Lupus follicularis nach Fox, unter gleiche Rubrik falle auch vorgestellter Fall. Oft sähe man Tbc.-Bazillen in Fällen von Acnitis oder Acne agminata, oft nicht. Die Tbc.-Frage harre hier noch der Lösung. *Dowling* weist im Schlußwort auf Knoten lupoiden Aussehens, auch mikroskopisch, hin bei Rosacea. Bei Serienschnitten würde sich da wohl Zusammenhang ergeben mit Haarbalgfollikeln.

Dowling: Fall zur Diagnose. Allgemeine fleckige Erythrodermie bei sonst gesundem 50jährigen Bahnbeamten. Teilweise Infiltrat der Haut. Dazwischen gesunde Hautinseln. Keine Schuppung noch Jucken. Mikroskopie ergibt dichtes Infiltrat der oberen Koriumgebiete. Infiltratzellen klein, rund oder spindelförmig, deren manche in vorgeschrittenen Fällen zu Riesenzellen zusammenfließen. Auf Grund der Histologie und des Versagens von Röntgen und des Fehlens von Jucken, fiele Mycosis fungoides fort, ebenso Parapsoriasis wegen des starken Hautinfiltrats, auch lymphoblastische Erythrodermie wegen angegebenen Blutbildes, da Lymphozyten nur 31%, später sogar nur 11% ausmachen.

Davies: Bowens Krankheit. Fall wird vorgestellt wegen Röntgenerfolges. Dazu Abbildung des befallenen Knies. Bestand bei 55jährigem Mann seit 20 Jahren. Jetzt großer gelblicher Fleck (12:10 cm) mit scharfem kreisförmigen Rand, der seinerseits wieder runde oder ovale domartige Papeln von etwa 1 cm Durchmesser zeigt. Diese Papeln teils einzeln, teils zusammengeflossen, warzig und bekrustet. Zentrum der ganzen Läsion trägt eitrige Granulationen. Bei Entfernen der Krusten Bluten. Keine Narbenbildung. Röntgen hat sehr genützt bislang und läßt völlige Heilung erwarten. Mikroskopie zeigt Para- und Hyperkeratose. Stratum lucidum und granulosum fehlen. Retikulärzellenschicht zu 25—50 Schichten vergrößert. Weitere Histologie genau angegeben.

Thomson: Leukodermafall. 21jährige Kranke bemerkte seit 11 Jahren zunehmende Leukoderma, die jetzt die ganze Hautoberfläche einnehmen. Seit kurzem an Unterschenkeln kleine braune Flecke von Nadelkopf- bis Dreipennygröße. Liegt hier abortiver Versuch zu einer Art Sommersprossenbildung vor? Oder handelt es sich um beginnende Genesung? Zugleich Graves Krankheit. *Sequeira* sah gleiche Krankheitskombination und möchte abwarten, ob bei Besserung von Grave auch Leukoderma daran teilhaben wird. *Weber* fällt auf, daß hier die Leukodermadepigmentierung das Pigment bei *Grave* unterjochte, was ungewöhnlich sei.

Thomson: Fall zur Diagnose. Lp. erythematodes? 29jährige Frau zeigt seit 1½ Jahren Flecke auf Brust und Rücken von Erbsen- bis Schillinggröße. Jeder Fleck scharf umschrieben, oval oder rund, von Rosafärbung mit Stich ins Gelbe. Einzelne Flecke im Zentrum tiefer rot, wie Erythema multiforme. Jeder Fleck trägt Schuppe, bei deren Entfernung Flüssigkeit. Manche Schuppe nimmt beim Abheben dreieckige Hautteile mit. Auf Kopf Flecke

Digitized by Google

mit kreidiger Oberfläche. Flecke im Gesicht vertieft beim Entfernen der Schuppe, worauf Vertiefung allmählich ausgeglichen wird.

Gray: Fall zur Diagnose. 44jähriger Mann trägt seit 2 Jahren in allmählicher Entwicklung jetzt an l. Hüfte ein ovales Gebiet (22:12 cm), das unvollständig von erhabenen Rändern umzäumt ist. Im Fleckzentrum leicht atrophische pigmentierte Stellen. Rand schwach rosabraun, leicht durchscheinend mit Erweiterung von Follikelöffnungen. Dazu Bild. Gleiche Läsionen noch anderwärts, deren eine tiefe Blase trägt. Daneben wenige leicht infiltrierte erythematöse Flecke in Nachbarschaft der eben genannten. Histologisch deutlich zelluläres Exsudat mit zahlreichen Plasma — besonders aber vielen Riesenzellen. Wa.R. negativ, also wohl kein Keloid auf seripiginösem Syphilid, wie anfangs angenommen, sondern eher persistierendes Erythem, vielleicht in Verbindung mit Granuloma annulare nach Crockers „Erythema elevatum diutinum". *Dore* glaubt an Mycosis fungoides wegen Fortschreitens der Flecke am Rande unter Hinterlassung von Narben und Jucken. *Mac Leod* entscheidet sich wieder für Granuloma annulare, wenn auch dieses keine Riesenzellen zeige, wie vorgestellter Fall, sondern nur Plasmazellen im dichten granulomatösen Infiltrat. *Sequeira* spricht sich wieder gegen Granuloma annulare aus, da die Größe der Flecke und die verdickten Ränder dem widersprächen. *Gray* erwidert, daß er den Gedanken an eine Verwandtschaft zwischen Erythema multiforme und Granuloma annulare mit dazugehörigen Zwischenstufen nicht los werde, und gerade der vorgestellte Fall repräsentiere eine Mittelgruppe. Gemäß Postcriptum hat *Jadassohn* inzwischen den Kasus als Sarkoid vom Darier-Roussytyp diagnostiziert.

Siegfried (Aachen).

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Dermatologie.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

Lenormant, Ch. und *P. Ravaut:* **Die artefiziellen Tumoren durch subkutane Injektion von Mineralölen.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 11. 1926.

Eingehende klinische und histologische Darstellung der Paraffinome, Oleome usw. mit klinischen und histologischen Abbildungen fibröser, entzündlicher und tuberkuloider Formen (mit epitheloiden und Riesenzellen neben Lymphozyten). Bemerkungen zur Therapie (Exzision bis auf die Aponeurose). Ausführliches Literaturverzeichnis. *Zurhelle*-Bonn.

G. A. Fischer (München): **Recklinghausensche Krankheit und Muttermäler.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 3. 1927.

Siemens war bei seinen Untersuchungen über dieses Krankheitsbild aufgefallen, daß die allgemein verbreitete Annahme einer häufigen Kombination der Recklinghausenschen Krankheit mit pigmentierten Mälern, Tierfellnävi und Angiomen noch keineswegs bewiesen sei, vielmehr konnte er feststellen, daß die bei solchen Kranken vorhandenen Nävi meist keine

Digitized by Google

echten Nävi im eigentlichen Sinne sind. Verf. hat nun an 466 Literaturfällen den Gegenstand eingehend untersucht und dabei konnte festgestellt werden, daß mit Sicherheit kein einziger Naevus pigmentosus, pilosus oder verrucosus von der Art, wie er bei normalen Menschen vorkommt, bei der Recklinghausenschen Krankheit gefunden wurde, dagegen nur einer, der einen sicheren Naevus vasculosus aufwies. Die Anschauung des gehäuften Auftretens von Muttermälern bei Recklinghausenscher Krankheit besteht also zu Unrecht. *Krüger*-Sagan.

Armuzzi Giuseppe: **Beitrag zur Kenntnis der blauen Naevi.** Giorn. ital di Dermatol. 1927. H. 3. S. 1021.

Armuzzi berichtet aus der Bonner Universitätsklinik über sechs Fälle die klinisch als blaue Naevi diagnostiziert wurden, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Histologie. Nur der erste Fall entsprach dem vom *Tièche* beschriebenen typischen Bilde des „Chromatophoroms"; bei drei Fällen fand sich eine Mischung von Chromatophorenzellen vom Typus *Tièche* mit Naevuszellen vom Typus des Naevus mollis; bei einem Falle bestand der Tumor allein aus Gruppen von Naevuszellen, von denen einige pigmentiert waren; beim sechsten Falle handelte es sich um eine kleines benignes pigmentiertes Epitheliom (Melanoma benignum), bei dem das Pigment hauptsächlich sich in den in das Korium einsenkenden Epithelzügen, in den Bindegewebszellen und in den in den mittleren Schichten der Kutis gelegenen Zellanhäufungen befand. Das klinische Aussehen entspricht also nicht einem konstanten histologischen Befund, sondern ist immer verursacht durch die Anwesenheit von in den mittleren und tiefen Schichten der Kutis angehäuften und von der Epidermis durch eine wenig oder garnicht pigmentierte Zone, welche als opakes Medium dient, getrennten Melanoms. Zwischen den Chromatophorenzellen und den Naevuszellen findet man bei den Mischtumoren keine Entwicklungsphasen oder metaplastischen Formen, welche für phylogenetische Zusammenhänge sprechen.

Die Berücksichtigung unserer heutigen Auffassung über die Genese des Hautpigmentes, besonders soweit sie auf die Chromatophorenzellen des blauen Naevus Bezug hat, ergibt, daß die Dopareaktion sich allein als nicht genügend erweist, um diese Zellen als dem Mesoderm eigene Zellen anzusehen, wie *Bloch* will, denn bei zwei Fällen verlief die Reaktion nicht entscheidend positiv, eher paradox, indem die pigmentierten älteren zelligen Elemente, deren Leib schon Zerstörungserscheinungen aufwies, intensiver reagierten. Die Reaktion mit Silbernitrat verhielt sich fast ebenso wie die Dopareaktion.

Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß diese Chromatophorenzellen autochthon das Pigment bilden, welches sie enthalten und daß sie daher als Melanoblasten der Haut zu bezeichnen sind. Die Frage bleibt noch unentschieden, ob diese Zellen, wie die, welche die Mongolenflecke bilden, phylogenetisch und funktionell eine besondere Gruppe der Mesodermzellen bilden, aber es scheint, als ob die bisher vorgebrachten Gründe es nicht ausschließen, daß es sich um von den gewöhnlichen Hautchromatophoren sehr verschiedene Elemente handelt.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Bertrand, F.: **Ausgedehnter einseitiger Gefäßnaevus mit Skoliose.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 10. 1926.

Es wird ein Fall beschrieben, in dem neben ausgedehntem oberflächlichen halbseitigen Gefäßnaevus Skoliose vorlag. Wenn auch diese Skoliose für statisch bedingt gehalten wird, fordert *B.* in Übereinstimmung mit *Darier*, bei allen großen systematisierten Naevis die Wirbelsäule zu röntgen.
E. Zurhelle-Bonn.

A. Jordan und *N. Latko* (Moskau): **Ein Beitrag zu den strichförmigen Dermatosen.** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 50. 1926.

Es werden drei Fälle beschrieben, bei denen es sich im ersten Fall um eine Poikilodermia atrophicans vasculosa, im zweiten um eine Tuberculosis cutis, im dritten wahrscheinlich um eine Psoriasis handelt. Diese Fälle lehren, daß auch andere Dermatosen als Nävi und Lichen strichförmige Anordnung zeigen können. Die Ätiologie bleibt meist unklar, ist aber wohl in einer von Geburt an vorbereiteten Keimblattstörung, die im späteren Leben zum Ausbruch kommt, zu suchen. *Krüger*-Sagan.

G. Doczy (Debreczen): **Fibroma circumscriptum symmetricum multiplex.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 8. 1927.

Seit längerer Zeit bestanden bei einer Pat. von der hinteren Kommissur ausgehend, zu beiden Seiten der Analöffnung teilweise in Reihen angeordnet, teils unregelmäßig verstreut stecknadelkopf- bis erbsengroße, halbkugelig erhabene, elastisch weiche solitäre Geschwülstchen, unter welchen die größeren an der Basis gestielt sind. Histologisch fanden sich ausgedehnte perivaskuläre Infiltrationen nicht bloß im Papillarkörper, sondern auch in der ganzen Kutis. Die Gefäße sind in ein Gewebe aus Lymphozyten und Plasmazellen bestehend eingebettet. *Krüger*-Sagan.

Brandis: **Verletzung der weiblichen Brust. Geschwulstbildung Unfallfolge? Minderung der Erwerbsfähigkeit.** M. K. 1927, 20.

24jährige Kontoristin war von Arbeiter mit Rohrende gegen Brust gestoßen worden. Ohne daß Blutung sich zeigte, will sie aber noch längere Zeit Schmerzen gehabt, auch grüne und blaue Verfärbung bemerkt haben. Arbeit aber wurde fortgesetzt. 14 Tage später Knoten ärztlich in Brust erwiesen. Drei Monate später fand anderer Arzt gelegentlich einer Magendurchstrahlung wegen angeblicher Appetitlosigkeit zufällig Brustknoten. Operation einen Monat später mit Absetzen der einen Brustdrüse ergab gutartige Geschwulst. Ersatzansprüche wegen Herabsetzung der Arbeitsleistung und wegen Entstellung wurden abgewiesen. Bei der Größe der Geschwulst, als sie vier Monate nach Unfall entdeckt wurde, ist anzunehmen, daß sie schon vor Unfall bestand. Von rapidem Wachstum nach Unfall kann auch keine Rede sein, da der Röntgenarzt sie nach Monaten nur zufällig fand. Eine wachstumsbeschleunigende Blutung in die Geschwulst wurde auch verneint, da die Quetschung zu geringfügig gewesen sei und nicht zur Arbeitseinstellung führte. Art der Geschwulst ist nicht angegeben. *Siegfried*-Aachen.

W. Schütze (Greifswald): **Über körnerartige Kalkablagerungen in der Haut.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 3. 1927.

Bei einer 23jährigen Pat. waren seit längerer Zeit die Finger nach

Digitized by Google

längerem Aufenthalt in kaltem Wasser völlig abgestorben und gefühllos. Später brachen die Fingerspitzen auf und es entleerten sich Eiter und körnige, bröcklige Massen. Seit der Zeit war sie dauernd in Behandlung wegen „Panaritien". Sie heilten dann mal ab und es bildeten sich besonders an den Daumen stärkere Verdickungen, die manchmal schmerzlos waren, aber häufiger schmerzten und dann wieder aufbrachen. Aus den entstandenen Fisteln kamen bröcklige Masse und sogar kleine Steinchen. Die Röntgenaufnahme ergab an beiden Daumen und einer großen Zehe zahlreiche Kalkablagerungen. In den herausgekratzten Massen ließen sich Kalzium und Phosphorsäure nachweisen. Der Blutkalziumspiegel war nicht erhöht. Die ganze Krankheit wird für Kalkgicht angesehen. Therapeutisch ist dagegen nicht viel zu machen, da es sich wahrscheinlich um eine angeborene Stoffwechselstörung handelt. *Krüger*-Sagan.

W. Schollz (Königsberg): **Über Kalkablagerung in der Haut.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 13. 1927.

Es wird noch ein zweiter Fall beschrieben. Es handelt sich bei diesem um große plattenförmige Kalkablagerungen in dem Gewebe der Ohren, an denen es auch zu einer Ausstoßung von kalkartigen Konkrementen kam. Röntgenologisch konnte eine starke Schattenbildung an diesen Stellen festgestellt werden und die chemische Untersuchung ergab, daß die Platten aus phosphorsaurem Kalk bestanden. Der Kalkstoffwechsel zeigte keine abnormen Werte. Die Kranke gab an, im Winter häufig in den Ohren Frost gehabt zu haben. Diese Schädigung des Gewebes und der Gefäße durch die Kälte dürfte ein wesentliches Moment für das Zustandekommen der Kalkablagerungen bilden. *Krüger*-Sagan.

Lloyd: **An Endothelioma in an infant. (Epitheliom bei einem Kinde).** The Br. j. o. D. a. S. 1927, 7.

15 Monate alter Knabe soll seit Geburt kleinen, weißen, harten Flecken links in Supraklavikulargegend gehabt haben, der anfänglich langsam, seit letzten Monaten aber rapide gewachsen sein soll. Jetzt harte, erhabene, konische Masse etwa 3½ cm im Durchmesser mit Kruste bedeckt. Umgebung wie Naevus. Masse frei verschieblich. In linker Achselhöhle palpable Drüse. Sektion nach Exzision zeigt Zellstruktur malignen Charakters. Ob aber Endothel- oder nicht verhornte Epithelzellen nicht eruierbar. Auffallend sind in den Zellenaggregaten vakuolisierte Zellen mit randständigem zusammengedrückten Kern, was für endothelialen Ursprung zu sprechen scheint. Ausgeräumte Axillardrüse zeigte Metastasen wie Primärtumor. Fall interessant vornehmlich wegen der Schwierigkeit zu einem klaren Urteil zu kommen, da auch prominente Fachleute sich widersprechen (*Murray-Whitfield*). Prognose noch ungewiß. Dazu drei Schnitte. *Siegfried*-Aachen.

Schulte: **Über ein tiefgelegenes Lipom des Vorderarmes.** M. K. 1927, 18.

Kasuistik. 67jähriger Mann bemerkt seit einem Jahr Dickerwerden des linken Unterarms. Schwellung diffus, schlaff sich anfühlend bei erschlaffter Muskulatur, ohne Fluktuation. Durchleuchtung ohne Resultat. Differentialdiagnostisch Tbc., Lues und Sarkom. Seitliche Röntgenaufnahme aber zeigt Aufhellung der Geschwulst. Operation zeigt sub-resp. intermuskuläres Lipom von schniger Platte des Flex. digit. prof. ausgehend. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Montemartini, G.: **Ein Fall von Pseudo-Botryomykose an seltenem Sitze.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 1. S. 58.

Den bisher beschriebenen drei Fällen von Pseudo-Botryomykose der Zunge (Fälle von *Cunéo* und *Delamare, Pais, Segrè*) reiht *Montemartini* eine vierte Beobachtung an. Bei der 16jährigen Patientin hatte sich im Laufe von zwei Monaten auf der Oberseite der Zunge ein haselnußgroßer Tumor von rötlich-grauer Farbe, uniformer Oberfläche, bedeckt von einem gelblichen Exsudat, entwickelt. Der Tumor haftet mit einem dünnen Stiel an der Zunge. Der Tumor weist klinisch die Charaktere der benignen Tumoren auf; er führt nicht zu Metastasen und rezidiviert bei vollständiger Exstirpation nicht. Die Eigenschaften der Tumoren entsprechen denen der teleangiektatischen Fibrome, die auf den Schleimhäuten unter verschiedenen Bedingungen ulzerieren können. Da eine entzündliche Genese nicht vorhanden ist, ist ein Granulom auszuschließen und eine mesenchymale benigne Neubildung anzunehmen; auf dieser kommt es häufig durch Wirkung oberflächlicher Keime zu Veränderungen verschiedener Art.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Masia, A.: **Granuloma vegetans pseudo-tuberculare der linken Submandibulargegend, verursacht durch Staphylokokken.** Giorn. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 878.

Bei dem 64jährigen Patienten *Masias* trat vor mehreren Jahren eine tumorartige Schwellung der linken Submandibulargegend auf, die unter Größenzunahme den jetzigen Befund erreichte: Mandelgroßer Tumor von rotblauer Farbe, zum Teil von einer verdünnten Haut, zum Teil von Blutkrüstchen bedeckt, nach deren Abnahme, Blut und Eiter sezernierende Öffnungen sichtbar werden. Der Tumor ist nicht gestielt und deutlich gegen die umliegende Haut abgegrenzt; das Gewebe ist von weicher Beschaffenheit und blutet leicht. In der Nähe zwei Lymphdrüsenschwellungen. Die Hauterkrankung heilte erst nach systematischen Salizylsäure- und Kaliumchloratum-Umschlägen ab.

Durch eingehende Untersuchungen konnten Pilzerkrankungen, Lues und Tuberkulose ausgeschlossen werden. Es wurde die Diagnose auf ein Granuloma vegetans, verursacht durch den Staphylokokkus pyogenes aureus, gestellt; es gelang aus dem Krankheitsherde, Staphylokokken zu züchten.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

E. Hartmann (Frankfurt a. M.): **Kasuistischer Beitrag zum Granuloma teleangi ectodes sive pediculatum.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 17. 1927.

Es werden vier Fälle beschrieben, bei denen die Tumoren verschieden lokalisiert waren. Allen gemeinsam ist das Symptom des verhältnismäßig schnellen Wachstums und die Neigung des Tumors bei leiser Berührung oder Verletzung sehr intensiv zu bluten. Histologisch bestanden die Tumoren in der Hauptsache aus stark erweiterten und strotzend mit Blut gefüllten Kapillaren. Nur im Zentrum findet sich ein äußerst spärliches Bindegewebe. In einem Falle stieß sich der Tumor unter Verbänden spontan ab, was bisher noch nicht beobachtet worden war.

Krüger-Sagan.

H. Fuhs (Wien): **Über Dermatochalasis.** Wien. klin. Woch. Nr. 46. 1926,

Darunter ist eine Affektion zu verstehen, bei der es durch anormale Ausdehnung und Lockerung zur Faltenbildung der Haut an einzelnen

Digitized by Google

Körperteilen kommt. Es wird ein einschlägiger Fall beschrieben. Bei einem 16jährigen Mädchen war vor fünf Jahren eine Hautaffektion, die das Gesicht und die oberen Brustpartien befiel, aufgetreten und die damals für eine Urticaria angesehen worden war. Allmählich entwickelte sich dann der jetzige Zustand. Dieser kommt dadurch zustande, daß vornehmlich an den seitlichen und unteren Partien der Wangen und des angrenzenden Halses, die Haut in ausgeprägten Wülsten und lockeren Falten herabhängt. Ebensolche Veränderungen bestehen an der Haut der Oberlider. Das Gesicht bekommt dadurch ein greisenhaftes Aussehen. Da eine Biopsie nicht vorgenommen werden konnte, läßt sich nicht feststellen, ob die Erkrankung durch Veränderung an der Elastika oder dem Kollagen bedingt ist. *Krüger*-Sagan.

Kroll, N.: **Zur Pathogenese der Kutis laxa.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 3.

Beschreibung eines Falles von Kutis laxa beider Arten, welche sich gleichzeitig mit vasomotorischen Störungen bei einem, bis dahin ganz gesunden 34jährigen Mann, im Anschluß an eine akute, infektiöse, generalisierte „Athetose double" entwickelte. Da beide Erscheinungen gleichzeitig zu- und abnahmen, nimmt Verf. als gemeinsame Ursache beider Störungen der höheren, in Corpus striatum gelegenen vegetativen Zentren an. *A. Jordan.*

Bussalai, L.: **Ein Fall von Xanthoma diabeticum.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 396.

Der von *Bussalai* vorgestellte Fall bietet insofern ein klinisches Interesse, daß die Handteller stark befallen waren, eine im allgemeinen sehr seltene Lokalisation, und dadurch, daß das Insulin auf die Hauttumoren ohne Einfluß blieb, daß diese sich sogar besonders unter der Insulinbehandlung entwickelten.

Histologisch gab der Fall dem Vorstellenden Gelegenheit, die neue Methode von *Schultz* zur Färbung des Cholesterins im Gewebe anzuwenden, die ihm sehr gute Resultate ergab. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Ingram: **Xanthomatosis cutis and Hypercholesterolaemia.** The B. j. o. D. a. S. 1927, 8—9.

Zu den bislang veröffentlichten 58 Fällen über Zusammenhang dieser beiden Zustände gibt Verf. hier einen neuen mit genauer Klinik, Heilversuchen und Mikroskopie der Xanthome. Anscheinend ist im beschriebenen Fall die Hypercholesterolämie das Primäre, die Xanthome das Sekundäre. Der Blutgehalt an Cholesterol bei dem in Frage kommenden 11jährigen Mädchen ist 430 mg auf 100 ccm Blut (normal: 190—310). Keine Lipämie, Blutzucker normal. Die Tumoren sind in fibröses Gewebe eingebettet und bestehen aus ungewöhnlich großen ein- und mehrkernigen Zellen, deren Protoplasma granuliert erscheint. Es handelt sich um die oft beschriebenen klassischen Schaumzellen. In der Zellmasse außer Kapillaren eine Schweißdrüse, was interessant, da Cholesterol ja durch Schweiß ausgeschieden wird. Da bei der mit Diabetes mell. vergesellschafteten Xanthomatose Insulin von guter Wirkung gewesen sein soll, wiederholte Verf. Insulinbehandlung auch in diesem nicht diabetischen Fall, sah aber keine Beziehung der Cholesterol- und Fettsäurekurve des Blutes zur Insulinmedikation. Auf die Tumoren hatte Radium keinen Effekt. Als prädi-

Digitized by Google

sponierendes Moment der Lage von Xanthomen wird Trauma und vaskuläre Inanspruchnahme angenommen. Leber, Pankreas und Nieren waren normal. Dazu 31 Literaturen und 4 Kurven. *Siegfried*-Aachen.

Adolf Panzel: **Essentielle Hypercholesterinämie mit Xanthomatose der Haut und familärer Cholelithiasis.** Münch. med. Woch. Nr. 50. 1926.

Bei einer seit der Pubertät an familärer Cholelithiasis leidenden Frau findet sich eine Xanthomatose der Haut (an den Augenlidern, Fingern und an der rechten Kniescheibe). Der Cholesterinspiegel im Blutserum, sowie der Cholesteringehalt der Blasengalle und der Cholesteringehalt in den Konkrementen der exzidierten Gallenblase waren stark erhöht.

Weinstock-Charlottenburg.

Inglis: **A case of Epithelioma adenoides cysticum (Brooke). (Ein Fall von E. a. c.)** The B. j. o. D. a. S. 1927, 5.

Kurze Kasuistik mit Gesichtsabbildung und drei mikroskopischen Diagrammen. Mikroskopie: Tumor von unregelmäßigen Massen basaler Epithelialzellen meistens unter Epidermis, mitunter auch mit ihr oder Haarbalgfollikeln verbunden. Manche der Tumormassen kompakt, andere gefenstert. In vielen der Tumornester liegen Keratinanhäufungen wie Epitheliomperlen mit konzentrischer Blätterung, andere Nester umschließen Hyalinmassen mit randständigen blätterigen Keratinperlen. Hyalin und Keratin entsprechen wahrscheinlich den beiden Komponenten der Haarbalgdrüse, nämlich der Drüse als solcher und dem Haarfollikel. Es handelt sich also um einen unzulänglichen Versuch neues Haarbalgdrüsengewebe zu produzieren. Zu einem exzessiven Wachsen der kleinen Tumoren kommt es nicht wohl infolge lebhafter Phagozytose der bei einer bestimmten Größe der Tumoren auftauchenden Riesenzellen, die das Bindegewebe zwischen den Tumormassen einnehmen. Dazu 2 Literaturen

Siegfried-Aachen.

Maschkilleison: **Zur Frage der Epithelioma adenoides cysticum Brooke.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 6.

Genaue Beschreibung dieser seltenen Krankheit an der Hand eines eigenen Falles, bei den sich die derben kaum in der Farbe von der umgebenden Haut unterscheidenden, etwa linsengroßen Knötchen hauptsächlich im Gesicht fanden. Auch das histologische Bild entsprach der *Brooke*schen Beschreibung durch die Zysten inmitten der Epithelansammlungen. Vielfach war ein Zusammenhang der Geschwulstelemente mit denjenigen der Haarbälge festzustellen. Da Verf. die Krankheit, gleich *Kyrle*, zu den Organnaevi zählt, schlägt er als bessere Bezeichnung für diese Krankheit den Namen Naevus trichoepitheliomatodes adenoides cysticus vor.

A. Jordan.

H. Mühlpfordt (Allenstein): **Gleichzeitiges Vorkommen von spitzen Kondylomen und Warzen im Gesicht nebst Keloidbildung.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 14. 1927.

Bei einer Pat. bestanden seit längerer Zeit im Gesicht an der rechten Backe mehrere spitzkegelförmige, verästelte blaßrote Geschwülstchen und in deren Umgebung zahlreiche wenig erhabene, weißgelbliche Geschwülstchen. An der linken Halsseite außerdem noch ein 4 cm langer Naevus pigmentosus verrucosus. Am linken Daumen besteht eine Verruca vulgaris.-

Digitized by Google

Die Bildungen im Gesicht wurden mit Kaltkaustik entfernt und innerlich wird Arsen verabfolgt. Kurze Zeit darauf erneute Aussaat von Wärzchen und Kondylomen im Gesicht, die wiederum mit Kaltkaustik entfernt werden. Während normalerweise die Narben nach Kaltkaustik glatt und zart sind, treten in diesem Falle keloidartige Wucherungen an denselben auf. Das gleichzeitige Vorkommen von Kondylomen und Warzen an denselben Stellen bei demselben Individuum ist nicht weiter verwunderlich, da beide nach neueren Untersuchungen durch dasselbe filtrierbare Virus hervorgerufen werden. *Krüger*-Sagan.

M. Hodara und *H. Behdjet* (Konstantinopel): **Juckende, durch Getreide hervorgerufene Dermatosen im Orient.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 9. 1927.

Es werden drei Fälle beschrieben, bei denen es infolge Berührung mit Gerste, an der Lausmilben und Glykophagus waren, zu ödematösen Schwellungen, urticariellen Eruptionen und in einem Falle sogar zu einer allgemeinen Erythrodermie mit Temperatursteigerungen gekommen war. Subjektiv bestand starkes Brennen, Hitzegefühl und Juckreiz. Therapeutisch haben sich Salzbäder bewährt. Eine antiskabiöse Behandlung ist nicht erforderlich, weil es bisher niemals beobachtet worden ist, daß die Milben irgendwie in die Haut eingedrungen sind. Nach 3—7 Tagen sind meist die Erscheinungen völlig abgeklungen *Krüger*-Sagan.

F. Dahlmann (Ludwigshafen): **Ein Fall von Pseudo-Creeping Disease.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 9. 1927.

Bei einer 28jährigen Pat. bestehen seit etwa drei Jahren an der Innenseite des linken Oberschenkels dicht unterhalb der Schenkelbeuge mehrere fast parallel verlaufende das Hautniveau wenig überragende weißliche Linien, die sich am Ende verzweigen und teilweise einen Kreis bilden. An einer Stelle besteht eine stecknadelkopfgroße Fistelöffnung, aus der reichlich wasserklare Flüssigkeit abgesondert wird. Dieses Nässen veranlaßte hauptsächlich die Pat. den Arzt aufzusuchen. Eine Entzündung und ein Fortschreiten der Linie war nicht zu beobachten, ebenfalls war die Suche nach einem Parasiten vergeblich. Histologisch konnte unter der Epidermis ein Gang nachgewiesen werden, der nur geringe Infiltration in der Umgebung aufweist. Irgendwelche Veränderungen an den Lymphgefäßen waren nicht nachzuweisen. Daher wurden in der Differentialdiagnose Lymphome und Lymphangiome ausgeschaltet und trotz Fehlens des Erregers wird als Ursache des Krankheitsbildes das Wühlen eines Parasiten angenommen, der auf dem Wege ein Lymphgefäß getroffen hat und damit eine Kommunikation mit den Hautgängen geschaffen hat.
Krüger-Sagan.

F. Fulleborn-Hamburg: **Hautquaddeln und ‚Autoinfektion' bei Strongyloidesträgern.** Archiv f. Schiffs- und Tropenhygiene. 1926. Bd. 30.

Das Eindringen vereinzelter Strongyloidenlarven in die Menschenhaut veranlaßt außer schnell vorübergehendem Jucken nur minimale und sehr bald schwindende Hauterscheinungen. Das Einbohren gelingt eben nur einem Teil der Larven, an Stellen mit zarter Haut leichter als an solchen mit derberer, auf jugendlicher eher als auf älterer Haut. Bei einer Versuchsperson, die schon seit vielen Jahren Strongyloidesträger ist, kam es an der Eintrittsstelle von Larven unter stärkstem Juckreiz

Digitized by Google

zur Bildung großer urtikariaähnlicher Quaddeln, die innerhalb weniger Stunden als langgestreckte ‚Quaddelwülste' große Strecken auf der Haut fortschreiten konnten und offenbar durch innerhalb der Haut weiterkriechende Larven verursacht werden. Allmählich schwoll die ganze Vorderseite der Hand an und die durch heftiges Jucken sehr lästigen Beschwerden hielten eine Woche lang an. Bei fast allen vom Verf. beobachteten Strongyloidesträgern traten in der Aftergegend gelegentlich große juckende Urtikariaquaddeln auf: Lokale Überempfindlichkeit daselbst durch in die Haut eingedrungener Larven. Bei Impfungen mit einem Antigen aus gepulverten Strongyloideslarven reagierte die Unterarmhaut sämtlicher Strongyloidesträger mit Quaddelbildung. *Arthur Alexander*-Berlin.

F. Fulleborn-Hamburg: **Spezifische Kutanreaktion bei Infektion mit Strongyloides und anderen Helminthen.** Archiv f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 30. 1926.

Die Impfung mit einem aus pulverisierten filariformen Larven von Strongyloides stereoralis hergestellten Antigen erwies sich als ein recht brauchbares und bequemes Diagnosticum bei Strongyloides-Infektion. Die auf Strongyloidesantigen reagierende Haut scheint gleichzeitig auch gegen Trichinenantigen empfindlich zu sein. Beim Vorhandensein von ‚allgemeiner Haut-Allergie' (d. h. bei positiver Reaktion auf intrakutane Impfung mit Extrakt aus menschlichen Kopfhautschuppen nach *Storm van Leeuwen*, ist aber vielleicht auch bei nicht mit Strongyloides infizierten Personen die Hautreaktion auf Strongyloidesantigen positiv. Es gelang nicht, durch Impfung mit pulverisierter Körpersubstanz aus Filaria loa bei einem zu ‚Calabarschwellungen' disponierten Patienten, solche Hautschwellung anszulösen, obschon sie offenbar eine Reaktion des Wirtskörpers auf Loa-Antogene sind. Eine erhebliche praktische Bedeutung kommt von den spezifischen Unterreaktionen als Diagnosticum für Helminthenaffektionen einstweilen nur der „Caloni-Reaktion" für den Echinokokkennachweis zu. *Arthur Alexander*-Berlin.

Kristjan J. Austmann: **Creeping Eruption. (Larva migrans.) Winnipeg.** Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 15.

Verf. beschreibt kurz einen Fall von Creeping Eruption aus dem Staate Manitoba. Linienartige Ausdehnung am Vorderarm des betreffenden Patienten. Tägliches Wachstum der strichartigen Gebilde um ca. 1,5 cm Als Erreger wurde in diesem Falle die Larve von Gastrophilus intestinalis festgestellt. Es folgt Besprechung der bisher bei dieser Erkrankung angetroffenen Erreger und Therapievorschläge. Zwecks Auffindung der Erreger wird die *Lombard*sche Ölmethode (Aufhellung der Haut durch Ölpinselung) empfohlen. *Röntz*-Bonn.

E. Cazenave: **Creeping disease.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 3. 1927.

Verf. weist darauf hin, daß die Bezeichnung „Creeping disease" der von *R. Lee* im Jahre 1874 abgegrenzten Erkrankung durch die Gastrophilus-Larve vorbehalten bleiben muß, die in Europa und Afrika vorkommt. Eine in Japan beschriebene Erkrankung, wo die Hautfurche zuweilen verzweigt sein kann, spricht dafür, daß der Parasit auch rückwärts seinen eigenen Weg zurückverfolgt; sie wird durch eine 1 cm lange rötliche Nematode hervorgerufen. Beobachtungen in Florida, wo häufig bei einem Kranken sehr zahlreiche verschiedene Läsionen vorkommen,

Digitized by Google

wird durch eine bisher nur in Serienschnitten gefundene Nematode (Agamonematodum migrans) hervorgerufen. *Zurhelle*-Bonn.

Marzocchi: **Eine kleine Familienepidemie durch Pediculoides ventricosus.** Sez. piemontese d. soc. ital. di Dermatol. 8. III. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 884.

Vier Mitglieder ein und derselben Familie erkrankten nach Hantieren mit einem Sack türkischen Weizens, in welchem der Verfasser reichlich den Pedikuloides ventrikosus nachweisen konnte, an der für diesen Erreger typischen Hauterkrankung. Da der Erreger sich in einer Reihe verschiedener Getreide findet, müßte man nach *Piccardi* von einer Akariasis durch Zerealien sprechen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Freund: **Weitere Unterschiede zwischen Kopf- und Kleiderlaus.** M. K. 1927, 16.

Die feineren Differenzen anatomischer Art sind wegen ihrer Kompliziertheit an Hand der beiden Abbildungen im Original nachzustudieren.
Siegfried-Aachen.

Korobitzin: **Die Rattenbißkrankheit.** Wratschebnaja Gaseta. 1927 Nr. 7. (Russisch.)

Das vom Verf. in Sewastopol beobachtete Kind mit Rattenbißkrankheit erkrankte drei Wochen nach dem Biß mit Entwicklung eines Bläschens am Ort der Verletzung, Infiltration, Schwellung, Affektion der Lymphdrüsen, Temperatursteigerungen, welche einige Stunden bis zu zwei Tagen anhielten, darauf verschwanden und sich wiederholten, Erythemen usw. Der Erreger wurde nicht im Blute gefunden, wodurch aber nach Verf., bei dem charakteristischen Verlauf der Krankheit, die Diagnose nicht erschüttert wird. *A. Jordan.*

Fapelson: **Die Verbreitung der Krätze im Gouvernement Smolensk und ihre Bekämpfung.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 7.

Verf. versuchte durch eine Umfrage bei den Bezirksärzten des Gouvernements sich Gewißheit über die Verbreitung der Krätze zu verschaffen. Obgleich nur ein Teil der Ärzte antwortete, erwies es sich doch, daß die Krätze immer noch sehr stark verbreitet ist, aber in den verschiedenen Bezirken zwischen 20 und 100 % schwankt. Komplikationen mit Ekzem, Pyodermie und Furunkulose kamen in 2—60 % vor. Am häufigsten werden die ersten zwei Jahrzehnte betroffen, denn es gehörten 56,5 % im Jahre 1924 und 64,5 % im Jahre 1925 unter den Krätzekranken diesen Jahrgängen an. Die meisten Erkrankungen fallen auf den Herbst und Winter und speziell den Oktober und November. Als Hauptgrund für die starke Verbreitung der Krätze ist die niedrige Kultur der Bauern anzusehen, welche, wie einer der antwortenden Ärzte schreibt, sich an die Krätze ebenso gewöhnt hat, wie „an Tarakanen und Wanzen". Außerdem spielt aber auch der Mangel an Medikamenten eine große Rolle. Die Bekämpfung der Krätze muß also an diesen beiden Punkten ansetzen. *A. Jordan.*

Bonaduce, F.: **Seltene Symptomatologie durch den Acarus scabiei.** Sez. pugliese d. soc. ital. d. Dermatol. 10. II. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 887.

Fall von erythemato-squamöser und papulöser Dermatose durch Acarus vom Typus Sarcoptes major. Befallen sind Gesicht, die Supraspinal-,

Digitized by Google

die Glutaealgegend, der äußere Rand des Fußes. Reichliche Acari auf den Schuppen; auf einer Schuppe allein konnte der Verfasser 12 Acari und 15 Larven zählen; keine Acarusgänge, keine Eiterbildung.

Histologisch fand sich neben den Veränderungen an der Epidermis (Hyperkeratose, Parakeratose, stellenweise Spongiose, Hypertrophie des Stratum granulosum, Akanthose) ein moduläres ausschließlich aus Lymphozyten und Plasmazellen bestehendes Kutisinfiltrat; polynukläre Leukozyten und regressive Veränderungen nicht vorhanden; dieselben histologischen Befunde wurden bei Patienten erhoben, auf die er die Scabies vom vorliegenden Falle übertrug. *B.* nimmt an, daß die Milbe als Fremdkörper, vielleicht auch durch von den Speicheldrüsen abgesonderte toxische Substanzen, ein tiefes noduläres Infiltrat vom lymphozytären Typus veranlassen kann, welches man als Granuloma acaricum bezeichnen könnte.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Meschtschersky: **Unerkannte Skabies.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. 1927. Nr. 6. (Russisch.)

In Anbetracht der gelegentlichen diagnostischen Fehler inbezug auf die Krätze von seiten der Nichtspezialisten geht Verf. alle die für Skabies sprechenden Symptome genau durch und betont, welcher Art und wie die Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde sein können. (Geringer oder sogar ganz fehlender Juckreiz, geringe Andeutung von Milbengängen, Freibleiben der Hauptlokalisationsstellen.) Er warnt vor dem Arzt Wilkinson bei zu starker Pyodermie und Ekzem, empfiehlt die von den Moskauer Staatsfabriken hergestellte Kataminsalbe, welche kolloidalen Schwefel enthält.

A. Jordan.

Oliver: **Recurrent Onychoptosis occurring as a family disorder (Rezidivierende Onychoptosis als Familienerbfehler).** The Br. j. o. D. a. S. 1927, 7.

Sonst gesunder Knabe kommt wegen sich lockernden ersten großen Zehnnagels in Behandlung. Vor zwei Jahren soll er schon einmal beide großen Zehnnägel verloren haben. Ablösen des Nagels geht ohne irgendwelche prämonitorischen entzündlichen Erscheinungen vor sich. Nachher wächst Nagel wieder zu einem völlig normalen aus. Jetzt sieht gefährdeter Nagel schwärzlich aus mit breiter, weißlicher, transversaler Linie an Basis. Oberfläche glatt. Nagel lose, aber nicht erhoben. Sonst alle Nägel und auch Zähne gesund. Keine Verdickung des Nagelbettes. Drei Monate später zeigt vordere Hälfte des wiedergewachsenen Nagels schwärzliche Mißfärbung und ist auf Klopfen empfindlich; weitere zwei Monate später verrät distales Ende noch Unregelmäßigkeiten, gelbliche Verdickung und scharfes Absetzen gegen das proximale völlig normale Nagelende. Ähnlicher periodischer Nagelverlust auch beim Vater und Bruder des Kranken. Einen gleichen Fall hat schon *Montgomery* veröffentlicht, der einen Mann seine Mutter und zwei mütterliche Oheime betraf. Andere Blutsverwandte hatten rissige Nägel, während Deszendenz frei war. Mit unserem Zustand darf man nicht verwechseln die Onycholyse, wie sie als Folge von allgemeinen Hauterkrankungen oder konstitutionellen Störungen auftritt. Hier lag nichts derartiges vor. 3 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

Friedmann-Mannheim: **Über die sogenannte Alibertsche Tinea amiantacea.** A. f. D. Bd. 149. S. 176.

Digitized by Google

Die seltene Erkrankung, die früher als Teigne oder Porrigoe amiantacea bezeichnet wurde, ist charakterisiert durch hochgradige Schuppenbildung des Kopfes, durch die die Haare in ihren Anfangsteilen fest verbacken und durch die den aufgerichteten Haaren mehr oder weniger fest anhaftende dünne asbestähnliche Schuppenlamelle. Bei den vier zur Beobachtungen gekommenen Fällen wurden Hefepilze gefunden, die der Verfasser ätiologisch verantwortlich machen will. *Hopf*-Hamburg.

Weber and *Axhausen:* **Hypoplasia (Aplasia) pilorum moniliformis.** The B. j. o. D. a. S. 1927, 2.

Kasuistik. Jüdischer Knabe von drei Jahren zeigt außer den veränderten Haaren des Kopfes, der Augenbrauen und Augenlider, besonders auf Kopfhaut follikuläre Keratose. Auf Stirn Pigmentnävus. Außen hinten an beiden Füßen leichter Lichen pilaris (spinulosus). Nägel und Zähne gesund. Knabe wurde von gesunder Mutter voll ausgetragen geboren, hatte anfangs wenig Haare, die bald wieder ausfielen, blieb bis zum zweiten Lebensjahre kahl und bekam dann seine jetzigen stumpf abgebrochenen moniliformen Haare. Verf. betrachtet das beschriebene Leiden als zur Gruppe der Nävi gehörig, wobei unter Nävus zu verstehen sind: Hyper-, hypo- oder a-, und dys- oder heteroplastische Zustände. Es läßt sich weiter eine fortlaufende Reihe aufstellen der follikulären Hyperkeratosen, die sich berühren. An einem Ende die kongenitale Alopezie, am anderen Ende MacLeods Ichthyosis follicularis und in der Mitte unser Fall. Wie hier Lichen spinulosus zusammen mit unserer Krankheit vorkommt, geschieht das auch gelegentlich mit der Follikulitis decalvans. *Siegfried*-Aachen.

F. von Westphalen (Hautklinik Frankfurt): **Über einige Haarerkrankungen.** A. f. D. Bd. 148. S. 19.

Systematische Untersuchungen des Kopfhaares wurden am allgemeinen Krankenmaterial bei 200 Frauen und 50 Männern durchgeführt. Trichoptilosis, häufiger der Haarenden, seltener im Verlauf des Haarschaftes, fand sich bei 93 % der Untersuchten. Spaltung des Haarschafts ist meist mit Trichorrhexis vergesellschaftet und bedeutet eine Erkrankung des Haares in seinem ganzen Verlauf infolge abnormer, durch Pityriasis capitis verursachter Trockenheit; Spaltung der Enden kann bei jeder Art von Haarbeschaffenheit auftreten und ist auf mechanische Schädigung (Bürste, Kamm, häufiges Waschen und Ausringen) zurückzuführen. Vereinzelte Fälle von glattem Haarbruch in der Querachse entstehen durch stark entfettende Haarfärbemittel. Bei Trichonodosis fand Verf. in den scheinbaren Knoten mikroskopisch stets Schlingen-, nie echte Knotenbildung und betrachtet als Ursache rein mechanische Momente. Die recht seltene Trichorrhexis nodosa, von der gewöhnlichen Trichorrhexis nicht generell zu trennen, aber mikroskopisch zu unterscheiden durch die Pinselbildung in den grauweißlichen Knötchen ist ätiologisch noch unklar. Verf. glaubt nicht an mykotische oder parasitäre Ursachen, eher an biochemische Veränderungen durch Verschiebung im Fett- und Eiweißgehalt der Haarsubstanz. Da sich bei einer Anzahl von Haarerkrankungen normale Kopfhaut finden kann, ist Pityriasis oder Seborrhöe außer bei Alopecia pityrodes und seborrhoica nicht als allein ausschlaggebender Faktor für Haarveränderungen anzusehen, spielt wohl eine „aktivierende oder stimulierende" Rolle dafür. *Sinn*-Aachen.

Digitized by Google

Arton Mario: **Über die systematisierte Hyperhidrosis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 3. S. 982.

Artom berichtet in kritischem Referat über die Beziehungen zwischen den krankhaften Veränderungen der Schweißdrüsensekretion und den verschiedenen organischen Krankheiten des Nervensystems, mit besonderer Berücksichtigung der lokalisierten Hyperhidrosisformen peripheren Ursprungs, der Fälle von Reflex-Hyperhidrosis, der die Kausalgien begleitenden Hyperhidrosisformen; bei diesen Fällen wird die Rolle des vegetativen Nervensystems für das Entstehen der Schweißsekretion in Betracht gezogen. Er beschreibt einen Fall von lokalisierter Hyperhidrosis der Ulnargegend der linken Hand, der bei einem 20jährigen Patienten ohne bekannte Ursache auftrat und sich anfallsweise äußerte, begleitet von gleichzeitiger Gefäßerweiterung und erhöhter Temperatur ohne subjektive Symptome, ohne Hyperästhesien und lokale Parästhesien. Die Topographie, das Fehlen gleichzeitiger Veränderungen des spinalen Nervensystems, die Ergebnisse der pharmakodynamischen Prüfungen, besonders der intrakutanen Injektionen zur Feststellung der lokalen Reaktivität des hyperhidrotischen Gebietes, welche eine sehr deutliche Hyporeaktion gegen Adrenalin ergaben, führen den Autor zu der Annahme eines sympathischen Ursprungs der Hyperhidrosis, welche wahrscheinlich durch eine Hyporeaktivität des wahren Sympathikus im hyperhidrotischen Traktus zustande kommt. Er nimmt auch dann einen sympathischen Ursprung für die Hyperhidrosisfälle an, wenn diese von Störungen der allgemeinen Innervation begleitet sind, und spricht sich für das Auftreten von Hyperhidrosisformen durch sympathische Dystonien vom Typus der Hypervagotonismus und für die Möglichkeit einer Koexistenz lokaler Modifikationen des sympathischen Tonus mit normalen allgemeinen Bedingungen des vegetativen Nervensystems und für die Notwendigkeit aus, bei lokalisierten Hautaffektionen direkte Untersuchungen zur Feststellung einer eventuellen lokalen sympathischen Gleichgewichtsstörung anzustellen

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Kistjakowski: **Achromia cutis postparasitaria.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 2.

Unter diesen neuen Namen bergen sich beobachtete Fälle von Leucoderma spurium nach Sonnenbädern bei Personen mit Pityriasis versicolor.

A. Jordan.

M. Michael (Berlin): **Über Hitzewirkung auf die Haut und die Entstehung der „Cutis marmorata pigmentosa" (Buschke-Eichhorn).** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Bei Untersuchungen über die Hitzeeinwirkung auf die Haut konnte festgestellt werden, daß bei geringeren Hitzegraden (50—60° C) eine diffus rosafarbige Rötung der Haut auftritt. Steigert man die Intensität der Hitze etwa bis 100 Grad, so steigert sich allmählich der Farbenton der Haut auf ein dunkleres Rot. Die Follikel treten deutlich als intensiv rot gefärbte Punkte hervor. Allmählich kommt es dann auch meist in den erhitzten Teilen zu intensiver Schweißabsonderung. Läßt man diese Hitzegrade länger einwirken, so blassen bestimmte Hautinseln wieder ab und diese blassen Inseln werden von einem unregelmäßig konfiguriertem Netz- und Balkenwerk von rotbrauner Farbe umgeben, das während der ganzen

Digitized by Google

Zeit der Hitzeanwendung bestehen bleibt. Bei wiederholter Hitzeanwendung tritt diese netzförmige Zeichnung schneller und intensiver auf und allmählich entwickelt sich eine dem Netzwerk entsprechende Pigmentierung. Eine solche infolge häufiger Hitzeeinwirkung netzförmig pigmentierte Haut erweist sich gegenüber Lichtreizen in erhöhtem Maße reaktionsfähig. Die diffuse Rötung der Haut im Anfangsstadium der Hitzeeinwirkung entspricht einer Erweiterung der arteriellen Kapillaren, die netzförmige Zeichnung einer Erweiterung des subpapillaren Arteriolenplexus. Kapillarmikroskopische Untersuchungen werden weitere Kenntnisse in die Vorgänge bringen müssen und besonders den Unterschied des ähnlichen, bei Kälteeinwirkung auftretenden Bildes der Cutis marmorata zu erklären suchen. *Krüger*-Sagan.

L. M. Wieder: **Acanthosis nigricans Juvenile Type. Ann. Arbor. Mich.** Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Nr. 24.

Ausführliche Beschreibung eines juvenilen Falles von Acanthosis nigricans. „Negroide" Pigmentierung bestand bei einem 10jährigen Mädchen im Nacken, in den Axillae, am Abdomen, in der Genitocruralregion und in den Kniekehlen. Außerdem war die Haut an diesen Stellen verdickt und von rauher Beschaffenheit: Papillarhypertrophie. Es folgt der histologische Befund dreier exzidierter Hautstückchen. Pigmentgehalt wechselnd, je nach Stärke der Pigmentierung. Klinisch zeigte sich außer Vergrößerung des rechten Ovars leichte Hyperazidität, vermehrte Zuckertoleranz und verlängerte Suprareninreaktion; letzteres weist auf Unterfunktion der Nebennieren hin. Tumorblidung an inneren Organen war nicht nachzuweisen. Therapeutisch wurde Thyreoid- und Pituglandolextrakt verabreicht. Einreibungen kleiner Hautstellen mit 5 % Natronlauge, ließen ein Abblassen der Pigmentstellen erkennen. Nach Verabreichung einer Röntgen E. D. stellte sich prompt Pigmentvermehrung ein. *Röntz*-Bonn.

Pehur und *Tscherkes:* **Über Acanthosis nigricans.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 17.

Verfasser vermehren die Fälle von Acanthosis nigricans im jugendlichen Alter durch zwei eigene Beobachtungen, von denen die eine ein 11jähriges, die andere ein 18jähriges Mädchen betraf. In beiden Fällen ließen sich Andeutungen von Tbc. finden, in ersterem außerdem noch eine Anphotonie mit vorwiegender Hypersympathicustonie, Verminderung des Corneal- und Fehlen des Gaumenreflexes. *A. Jordan.*

Uhlmann: **Pigmentbildung bei Vitiligo.** M. K. 1927, 8.

Früher gelang es schon durch Actinotherapie oder Kohlensäureschnee vorübergehend auf Vitiligoflecken spärliches Pigment zu erzeugen, was nach *Blochs* Vitiligopathogenese darauf zurückgeführt wurde, daß noch in einzelnen Basalzellen der Epidermis das Ferment der Dopaoxydase, das ja die Pigmentbildung besorgt, vorhanden gewesen sein soll, bis auch dessen spärliche Reste mit Verschwinden des kurzlebigen neuen Pigments verschwunden sein sollten. Damit sind die neuen Versuche, nach denen es glückte, nunmehr schon ein seit $^3/_4$ Jahren dauerndes diffuses Pigment über früheren Vitiligostellen zu erzeugen, nicht in Einklang zu bringen. Das neue Verfahren resultiert auf der Erfahrung, daß Pigmentierungen bei bisher Gesunden sich öfters im Sommer bemerkbar machten nach Bespritzen mit dem Kölnischen Wasser „Glockengasse Nr. 4711"

Digitized by Google

und nur nach diesem. Und da dieses allein im Gegensatz zu den anderen Kölnischen Wassern Bergamottöl enthält, so kam schon vorher *Freund* auf den Verdacht des Bergamottöles als Ursache des Pigments. Aber nicht dies Öl allein, sondern nur seine Lösung in Spiritus führte zum Erfolg. Die normal gefärbten Hautteile der Nachbarschaft werden mit einem Chinin-Zink-Liniment abgedeckt und als Lichtquelle die *Kromayer*-Quarzlichtlampe oder bei größeren Flächen die *Bach*-Höhensonne benutzt. Natürlich wurden die Vitiligostellen vorher mit der Bergamottöllösung in Spiritus betupft. *Siegfried*-Aachen.

Galant: **Dystrophia pigmentosa (Leschkes Syndrom) und Neurofibromatosis (Recklinghausen).** M. K. 1927, 7.

Beide Krankheiten sind Einheiten für sich, wenngleich auch bei der *Leschke*schen Krankheit Hauterscheinungen wie beim *Recklinghausen* dazutreten können. Beim Recklinghausen liegt im wesentlichen eine Dysplasie des ektodermalen Keimes vor, bei *Leschke* aber treten verschiedene dysglanduläre Störungen noch dazu. (Körperlicher und psychischer Infantilismus, Genitaldystrophie, Fettsucht usw.). Für beide Krankheiten je eine kurze Krankengeschichte angegeben. *Siegfried*-Aachen.

J. Popoff: **Zur Frage der Darierschen Krankheit.** Russky Westnik Dermatologie 1927. Bd. 5. Nr. 4.

Beschreibung zweier Fälle von Morbus Darier, von denen der eine, in universeller Ausbreitung auf der Haut, mit Beteiligung der Schleimhäute, einen 21jährigen kräftigen, aber defektiven Bauer, der andere, in ganz rudimentärer Weise mit Lokalisation fast nur auf den Handflächen, einer 28jährigen, geistig normalen Mann betraf. Im ersten Fall begann die Krankheit in frühester Kindheit, in letzterem erst während der Geschlechtsreife. *A. Jordan.*

F. Balzer: **Die Purpura teleangiectodes annularis Majocchi.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 10. 1926.

B. weist darauf hin, daß die Purpura teleangiectodes annularis, welche nach ihrer Beschreibung durch *Majocchi* im Jahre 1896 in Italien, Deutschland, England nicht selten beobachtet wurde, in Frankreich lediglich von ihm selbst und *Galup* im Jahre 1908 einmal zum Gegenstande einer Publikation gemacht worden ist. Im Jahre 1915 zitiert *MacKee* 38 Fälle (31 bei Männern, 7 bei Frauen; 23 in Italien). Seit 1915 konnte *B.* 26 weitere Fälle finden. Die Erkrankung wurde in jedem Alter von 2 bis 60 Jahren und darüber nachgewiesen. *B.* unterscheidet drei Stadien: 1. Bildung runder, geröteter Herde um die Follikel; 2. Periode der Hämorrhagien und Pigmentierung; 3. Atrophie mit Haarausfall und Achromie. Pathologisch-anatomisch fand *Majocchi* eine Entzündung der Follikel und Drüsen. Die Teleangiectasien hängen von Endo- und Periarteritis ab. Dazu kommt Dilatation und Stase der Lymphgefäße. Ätiologisch ist vielfach (in einem Drittel der Fälle) Tuberkulose angeschuldigt worden. In anderen Fällen schienen Beziehungen zu Mandelentzündungen und Rheumatismus zu bestehen. In Berücksichtigung neuerer Arbeiten von *Calmette* und *Valtis* über filtrierbare virulente Elemente des Tuberkelbazillus möchte *B.* auch daran denken. Jedenfalls handelt es sich um ein infektiöses und vielleicht auch um ein einheitliches Agens. Von der *Schambergs*chen Krankheit ist

Digitized by Google

die Affektion abzugrenzen. Therapeutisch werden zahlreiche äußere Medikamente und innerliche (tonisierende) Mittel angegeben.

E. Zurhelle-Bonn.

Syphilis.

Allgemeine Symptomatologie Kasuistik.

Bergel: **Die Syphilis im Lichte neuer experimentell-biologischer und immuntherapeutischer Untersuchungen.** M. K. 1927, 31.

Nach einem längeren einleitenden Exkurs in die Biologie der Spirochäte und die reaktiven Äußerungen des befallenen Organismus, wie sie uns aus des Verf. Vorträgen in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft mehr oder minder geläufig sind, kommt Verf. auf seine neuen aussichtsreichen Versuche zu sprechen, luetisches Antiserum therapeutisch zu verwerten. Bislang bediente man sich versuchsweise des Serums erkrankter oder angeblich geheilter Menschen, das aber wegen der unzulänglichen Abwehrmaßnahmen des Körpers nicht stark genug war, um zum Ziel zu führen. Verf. vorbehandelt nun Kaninchen und Meerschweinchen intrapleural und peritoneal mit Lezithin, wodurch ein lymphozytenreiches Exsudat gewonnen wurde, das wie die Extrakte, z. B. der luetischen Lymphdrüsen, Komplementbindungsreaktion mit dem Extrakt luetischer Fötallebern gibt. Somit ließ sich also ein Antikörper künstlich gegen Lipoid schaffen, der auch in unspezifischer Weise auf das luetische Antigen paßt. Die so vorbereiteten Tiere erliegen nun einer luetischen Infektion niemals mehr. Dagegen gelang es, aus ihren Exsudaten und lymphozytären Organen Immunstoffe von äußerster Wirksamkeit zu gewinnen, die in vitro objektiv die Spirochäten abtöten, aber auch im Tierversuch wenigstens völlige Heilung brachten, auch, vorher einverleibt, gegen luetische Ansteckung schützten. Welche, Hoffnungen sich hieraus gründen lassen auf Therapie menschlicher Lues, müssen weitere Erfahrungen lehren. *Siegfried*-Aachen.

Hasselmann: **Zum Wesen der Herxheimerschen Reaktion.** Kl. W. Nr. 51. 1926. S. 2404—2405.

Das als „Herxheimersche Reaktion bekannte Phänomen ist keineswegs nur eine einfache Hyperämie, sondern eine durch spezifisch-spirochätozide Medikamente ausgelöste empfindliche Herdreaktion. Es ist der Begriff der H.-R. keineswegs auf das Exanthem und das Enanthem beschränkt, sondern es fallen darunter alle sonstigen Reaktionen des syphilitisch infizierten Organismus (Muskel- und Gelenkschmerzen, Drüsenvergrößerungen, Reaktion seitens der inneren Organe, ferner Verstärkung von allgemeinen Symptomen wie Fieber, Neuritis und Serumveränderungen). *Hans Ritter*-Berlin.

R. Benon: **Syphilis und chronisch asthenischer Zustand.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 12. 1926.

Verf. macht aufmerksam auf chronische asthenische Zustände des Nervensystems, die mit Paralyse und Lues cerebrospinalis nichts zu tun haben, aber doch spezifischer Natur sind und eine antisyphilitische Behandlung notwendig machen. *Zurhelle*-Bonn.

C. Moncorps und *H. Leonhard* (München): **Zur Frage der Antonischen Kernveränderungen im luetischen Blut.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 47.

Digitized by Google

Verff. haben bei Lues I und II wohl in etwa 90% der Fälle die von *Antoni* beschriebenen Kernveränderungen an den Lymphozyten und Leukozyten feststellen können, aber auch bei Patienten ohne Lues fanden diese sich zahlreicher. Auf Grund dieser Befunde ist der Methode keine diagnostische Verwendbarkeit zuzusprechen. Diese beobachteten knopfartigen Endanschwellungen und Gänge werden als degenerativ-oxychromatische Kernveränderungen angesprochen, deren Natur erst mit bekannten Färbemethoden eingehend studiert werden muß, ehe man die Methode zu diagnostischen Zwecken benutzen kann. *Krüger*-Sagan.

C. Wolff-Altona: **Über Hypertonie bei Lues.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Während man allgemein annahm, daß die Hypertonie eine Folge der Arteriosklerose sei, ist man heute teilweise geneigt anzunehmen, daß die Hypertonie das Primäre sei. Sie kann ohne nachweisbare Veränderungen an dem Herzen und den Nieren einhergehen. Da bei Hypertonikern häufiger in der Anamnese Lues sich findet, wurden auch die verschiedensten Stadien der Frühlues auf den Blutdruck hin untersucht, und dabei stellte sich heraus, daß nicht nur im frühen Sekundärstadium, sondern auch im späteren Sekundär- und Tertiärstadium in den untersuchten Fällen sich so gut wie niemals eine stärkere Hypertonie fand. Eine funktionelle Hypertonie durch Lues scheint also sehr selten zu sein. *Krüger*-Sagan.

Sachs und *Klopstock:* **Nochmals zur Frage der Entstehung und des Wesens der syphilitischen Blutveränderung.** D. M. W. 1927, Nr. 10.

Die syphilitische Blutveränderung ist als Folge einer Immun- oder Antikörperreaktion aufzufassen. Der endgültige Beweis hierfür ist in dem von den Autoren geführten Nachweis zu erblicken, daß die zur Serodiagnostik der Syphilis dienenden Organextrakte unter geeigneten Bedingungen gesetzmäßig befähigt sind, entsprechende Antikörper zu erzeugen. Das auslösende Agens der bei der menschlichen Syphilis erfolgenden Immun- (Lipoidantikörper-) Reaktion können Organlipoide oder Spirochätenlipoide sein. Eine Entscheidung zwischen diesen beiden Möglichkeiten erscheint zur Zeit nicht möglich. In jedem Falle besitzen die derart entstandenen Lipoidantikörper eine weitgehende Reaktionsbreite. *O. Dittrich*-Kiel.

Model und *Gogower:* **Blutveränderungen bei Neurolues.** Moskowski Medicinski Journal 1926, N. 12.

Nach den Untersuchungen der Verff. übt die Neurolues einen vermindernden Einfluß sowohl auf die roten Blutkörperchen als das Hb aus, was sie, entgegen anderer Ansicht, direkt mit der Intoxikation in Verbindung bringen. Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist unbeständig, jedoch mit Neigung zu einer Vermehrung derselben. Im speziellen beobachteten die Autoren, im Gegensatz zu anderen, eine Tendenz zur Rechtsschwenkung. Die Lymphozyten waren in der Mehrzahl der Fälle in normaler Anzahl. In der Hälfte aller untersuchten Fälle war die Senkungsgeschwindigkeit beschleunigt, und zwar in den Grenzen von 10—40 mm. Die Resistenz der Erythrozyten erwies sich sowohl bei Tabes als Lues cerebri, L. cerebrospinalis und Meningo-Myelitis herabgesetzt. *A. Jordan.*

L. Epstein und *Osstrowski:* **Paroxysmale Hämoglobinurie bei viszeraler Syphilis.** Wratschebaoje Delo 1927, N. 16.

Digitized by Google

Ein 44jähr. Kranker wurde in ein Sanatorium für Tuberkulöse eingeliefert wegen angeblicher Tuberkulose der Lungen. Das Fehlen von Zeichen von aktiver Lungentuberkulose, die Vergrößerung der Leber und Milz, der Typus des hektischen Fiebers mit bis zu 3° betragender Differenz zwischen der Morgen- und Abendtemperatur deuten auf Malaria, zumal der Kranke aus einer malariaverseuchten Gegend stammte. Das Fehlen von Malariaplasmodien im Blut, das Auftreten von paroxysmaler Hämoglobinurie zu ganz bestimmten Zeiten, immer zwischen 11 und 5 Uhr tags, veranlaßte aber bei der Unklarheit der Diagnose, das Blut auf die Wa.-R. zu untersuchen, obgleich Pat. Syphilis verneinte. Die Reaktion fiel stark positiv aus; die spez. Behandlung brachte daher schnell Rückgang der Krankheitserscheinungen. *A. Jordan.*

Mulder: **Syphilis und Metasyphilis.** M. K. 1927, 25.

Unter Ablehnung der Annahme eines besonderen nervenaffinen Spirochätenstammes legt Verf., der seine angezogenen Erfahrungen in Niederländisch-Indien sammelte, den Schwerpunkt für die Entstehung der Metalues auf das Milieu der Paraluetiker, da die Erfahrung lehrt, daß je mehr die früher primitiven Eingeborenen mit unseren Kulturgütern in Berührung kommen, um so auffälliger die Metalues sich mehrt. Wäre die Spirochäte allein Ursache der Metalues, dann müßte sie nach den klinischen Genesungen durch Malariabehandlung verschwinden, was sie nicht tut. Daher wird zur Zeit auch zu viel Gewicht noch gelegt auf die spezifischen Heilmittel bei Bekämpfung der Paralues, mehr sollte man an die Bekämpfung des kranken Organismus denken als an seine Infektion. Zu den „milieuumstimmenden" Mitteln rechnet V. Alkohol, Kokain, Aspirin, Veronal, überhaupt das Verlorengehen der einfachen hygienischen Lebensweise. Dazu typische Krankengeschichte eines sich allmählich zivilisierenden Eingeborenen. *Siegfried*-Aachen.

Platowski u. *Tinker:* **Ein Fall von intermittierender Hämophilie syphilitischen Ursprungs.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 7.

31jähriger Mann, welcher von Lues nichts wußte, erkrankte an Hämophilie. Von Tuberkulose war nichts zu finden, dagegen erwies sich die Wa.R. positiv, die eine Tibia periostalisch verdient, und unter spezifischer Behandlung besserte sich der Zustand. *A. Jordan.*

E. Suchowa: **Zur Frage der Inkubationsperiode bei Neurolues.** Kasanskij Medicinskij Journal 1927. Nr. 10.

Von 410 Tabetikern der Kasaner Nervenklinik und teilweise des Sanatoriums für Neuroluetiker in Djaligorok waren ihrer Syphilis wegen gar nicht behandelt worden 93, d. h. 23,6%, schlecht behandelt worden (weniger als 5 Kuren) 271, d. h. 61%, und gut behandelt worden 60, d. h. 15%. Die Tabes brach aus im Durchschnitt bei der ersten nach 12, bei der zweiten nach 10 und bei der dritten nach 9 Jahren. Von 96 Fällen von Lues cerebrospinalis waren 10 gar nicht, 52 schlecht und 22 gut behandelt worden. Die Inkubation dauerte 13, 8, bzw. 7, 4, bzw. 4, 9 Jahre. Endlich von 65 Fällen mit Myelitis waren 9 gar nicht, 25 schlecht und 26 gut behandelt worden; die Inkubation dauerte bei ihnen 3, 6, bzw. 4, 23, bzw. 3, 3 Jahren. Es erweist sich demnach, daß die geringste Inkubationsperiode in den Fällen gut behandelter Syphilis beobachtet wird und ferner,

Digitized by Google

daß bei einigen Personen eine gut behandelte primäre Syphilis nicht vor dem Ausbruch einer Neurolues schützt. *A. Jordan.*

Artom: **Frühzeitige syphilitische periphere Fazialisparalyse.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1471.

Bericht über zwei Fälle von Fazialisparalyse bei syphilitischen Patientinnen; eine Patientin, 20 Jahre alt, hatte zugleich Roseola und Plaques muqueuses; die andere, 32 Jahre alt, war seit 7 Monaten syphilitisch erkrankt. Bei beiden Fällen handelte es sich um die extratemporale Varietät der Paralyse. Nach dem Ausfall der Untersuchung des Lumbalpunktats handelte es sich bei dem ersten Falle um eine zirkumskripte Meningitis, bei dem zweiten Falle — normales Lumbalpunktat — um eine infektiöse Neuritis. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Artom Mario: **Amyotrophische Lateralsklerose bei einem Syphilitiker.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1390.

Artom teilt einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose bei einem 40jährigen Manne mit, der sich im Alter von 20 Jahren syphilitisch infiziert hatte. Der Patient wies neben den Symptomen der *Charcot*schen Krankheit einen stark positiven Blutwassermann mit; das Lumbalpunktat ergab folgenden Befund: Zellen 0, Albumen 1,20%, *Pandy, Weichbrodt, Taccone* positiv vom meningitischen Typus, Wassermann negativ. Der klinische Verlauf entsprach dem Bilde der *Charcot*schen Krankheit: Es entwickelten sich Zeichen von spastischer Paraplegie; es nahmen die Amyotrophie und Verminderung der Kräfte zu, es traten die Anzeichen einer bulbären Veränderung auf, also es entstand der klassische Symptomenkomplex der amyotrophischen Lateralsklerose.

Eingehende Diskussion über die Ätiologie der amyotrophischen Lateralsklerose. Beim vorliegenden Falle bestand mit Sicherheit eine Lues, auf die die Veränderungen des Lumbalpunktats zurückzuführen sind. Von den in Betracht kommenden Beziehungen der Lues zur amyotrophischen Lateralsklerose scheint *Artom* am nächsten die Annahme zu kommen, daß es sich beim vorliegenden Falle um eine amyotrophische Pseudolateralsklerose auf dem Boden einer syphilitischen Meningo-Myelitis handelte. Die Pseudosklerosen sind von der wahren *Charcot*schen Krankheit nicht zu unterscheiden, nur die Untersuchung des Lumbalpunktats ermöglicht es, eine Trennung dieser Formen von den genuinen Fällen von amyotrophischer Lateralsklerose vorzunehmen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Anna Friedmann: **Echte Neurorezidive und deren Beziehung zur Metalues.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 43.

Gegenüber *Mattuschek*, der an Hand seines Materials feststellen konnte, daß sich bisher bei progressiver Paralyse anamnestisch noch nie ein echtes Neurorezidiv hätte feststellen lassen, bringt die Verfasserin die Krankengeschichte eines Falles, bei dem sich 4 Jahre nach einem echten Neurorezidiv eine typische Paralyse entwickelte. Die Hypothese von *Mattauschek*, daß die Neurorezidive ein Ausdruck gesteigerter Abwehrkraft des Organismus auf eine biologisch anders geartete Infektion sei, die eine Metalues ausschlösse, trifft also nicht zu. *Weinstock*-Charlottenburg.

U. J. Wile u. *G. H. Belote:* **Syphilitic Alopecia, its relation to neurosyphilis. (Die Beziehung der Alopecia specifica zur Neurosyphilis.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. Nr. 4. S. 495. April 26.

Digitized by Google

Von 30 Fällen mit Alopecia specifica zeigte bei 17 Patienten der Liquor eine deutliche Zellvermehrung, bei 15 war die Wassermannsche Reaktion positiv, die Goldsolreaktion in 18 Fällen. Die Verf. glauben daher annehmen zu müssen, daß die Alopecia specifica ihren Grund in einer Meningitis syph. hat und nicht in einem lokalen Syphilid. Unterschieden werden muß von der Alopecia specifica die symptomatische luetische Alopecia, die dem Exanthem am übrigen Körper entspricht und sich auch histologisch von der ersten Art unterscheidet, besonders durch ein perivaskuläres und perifollikuläres Plasmazelleninfiltrat.

G. H. Klövekorn-Bonn.

G. Robustow: **Die Syphilis des Kleinhirnbrückenwinkels.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 8.

Verf. berichtet über 5 genau untersuchte Fälle von Syphilis latens, in denen es sich um syphilitische Meningitis mit spez. Affektion des N. acusticus handelte. Hierbei zeigte sich, daß der meningeale Prozeß, ungeachtet des Vorwiegens auf der einen Seite, auch auf die andere Gehörpartie übergehen kann und daß die Gehörstörungen, infolge Meningitis, mit dem Rückgang der Krankheit zwar zurückgehen, aber nicht immer völlig vergehen. Endlich besteht bei der Syphilis keine isolierte Erkrankung der Knochenleitungsfähigkeit, sondern es nimmt mit der Abnahme der Luftleitungsfähigkeit auch das Gehör überhaupt ab. *A. Jordan.*

Herbert Kaltenbach: **Beitrag zur Entstehungsursache der Paralyse.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 49.

Auf Grund genauer, an 32 Paralytikern erhobener anamnestischer Daten leitet der Autor die Ansicht ab, daß ein Luetiker um so mehr Aussicht auf eine Paralyse hat, je schlechter er behandelt worden ist.

Weinstock-Charlottenburg.

Franz Bruck: **Metasyphilis und Fehlen vorangegangener Hauterscheinungen.** M. m. W. 1927. Nr. 5.

Verf. weist auf das häufige Fehlen syphilitischer Hauterscheinungen in der Anamnese der Metasyphilitiker hin. *Weinstock*-Charlottenburg.

Ulrich u. *Ewreisson:* **Zur Frage des syphilitischen Diabetes.** Moskowskij Medicinskij Journal 1927. Nr. 6.

Bei der Disharmonie der Ansichten über die Abhängigkeit des Diabetes von Lues bringen die Verf. eine kasuistische Mitteilung über einen schweren Fall von Diabetes bei einem 31jährigen Mann, bei dem sich, außer einer stark positiven W.-R., keine Zeichen von Lues finden, und wo doch erst eine kombinierte Wismut-NS-Kur schnelle und vorzügliche Besserung, beinahe völlige Heilung brachte. *A. Jordan.*

E. Suchowa: **Zur Charakteristik der syphilitischen Erscheinungen, welche einer Neurolues vorausgehen.** Kasanski Medicinski Journal 1927. Nr. 4.

Von 99 Tabikern verneinten 29, d. h. 29,2%, völlig Lues, 38, d. h. 38,9%, hatten nur eine Sklerose, 33 oder 33% auch sekundäre Erscheinungen gehabt. Von 48 Fällen von Lues cerebrospinalis verneinten Lues 12, hatten eine Sklerose, aber keine sek. Erscheinungen gehabt 20 und gaben auch letztere zu 16. Bei 50 Fällen von Myelitis waren die entsprechenden Zahlen 9 : 23 und 18. *A. Jordan.*

Digitized by Google

N. Skljar: **Syphilis und progressive Paralyse.** Klinitscheskaja Medicina 1927. Bd. 5. Nr. 6. (Russisch.)

Von den 125 Paralytikern des Verf. gehörten 51 zu den intellektuellen Professionen (Händler, Beamte, Ärzte, Offiziere usw.), 29 hatten ein selbständiges Handwerk (Schneider, Schuster, Böttchermeister, Drechsler, Friseure, Malermeister usw.) und nur 43 waren einfache Arbeiter und zwei Landwirte. Unter den Erkrankten waren 94 von Geburt an Stadtbewohner, 12 hatten meist in der Stadt gelebt, und bloß 19 waren Landbewohner. Endlich waren 60% der Paralytiker Alkoholiker. Verf. sieht demnach Alkohol, geistige Überanstrengung und vor allem einen, den Degeneranten eigenen, erregten Zustand des Zentralnervensystems als Hauptursache für das Zustandekommen der Paralyse bei Syphilis an. *A. Jordan.*

Brandis (Amtsrichter): **Geisteskrankheit Folge eines Sturzes oder der Lues?** M. K. 1926. 52.

Ein Werkmeister erlitt beim Bedienen einer Maschine ohne erkennbare Ursache Ohnmachtsanfall mit Fleischwunde am Hinterkopf. Einige Tage später geistiges Irresein, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt wegen progressiver Paralyse. Antiluetische Behandlung bis vor zwei Jahren. Gutachten des behandelnden Arztes sieht im Unfall die beschleunigende Ursache des Krankheitsausbruches. Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft und schließlich Provinzialheilanstalt stellen sich demgegenüber auf den Standpunkt, daß obiger Ohnmachtsanfall als erstes für die Außenwelt erkennbares Anzeichen der schon schleichend bestehenden Paralyse anzusprechen sei. Demnach Ablehnung jeglicher Entschädigung. Reichsversicherungsamt schloß sich dem an.

Weiter ist im allgemeinen zu bemerken, daß Betriebsunfall bei gewöhnlicher Betriebsarbeit im allgemeinen nicht als Betriebsunfall angesehen wird, es sei denn, daß besondere Begründung wie Übermüdung oder Überanstrengung nachweisbar vorliegt. *Siegfried*-Aachen.

Aichenwald: **Zur Statistik der Erkrankungen an progressiver Paralyse.** Kasanski Medicinski Journal 1926. Nr. 12.

Im Odessaer Irrenhause wurden in der Zeit von 1893 bis 1925 im ganzen 19863 Kranke aufgenommen, unter denen die Paralytiker ein Sechstel ausmachten. Im allgemeinen erkranken die Frauen viel seltener als die Männer, nämlich im Verhältnis von 1 zu 3,93. Die Anzahl der Paralytiker schwankte in den verschiedenen Jahren, erreichte besonders hohe Ziffern für die Männer in den Jahren 1896, 1908, 1910 und 1918/19; für die Frauen in den Jahren 1905, 1908, 1910 und 1916. Seit dem Jahre 1920 nimmt die Zahl der Paralytiker im allgemeinen ab, wenn auch das Jahr 1924 eine kleine Zunahme brachte. *A. Jordan.*

Krüskemper: **Plötzlicher Atemstillstand bei Tabes dorsalis.** M. K. 1927. 12.

Dazu gibt Verf. zwei Krankengeschichten, die plötzlich einsetzende Bewußtseinsstörung, Zyanose, Apnoe bei regelmäßiger Herztätigkeit zeigen. Anfälle dauern 5—6 Minuten, können aber auch wie Fall 1 zwei Stunden währen. Ursache wahrscheinlich vorher gegebenes Morphium. Morphium wirkt ja bekanntlich lähmend auf Atemzentrum. Dazu kommt, daß das Atemzentrum bei Tabes sich schon an sich in einem Zustand

Digitized by Google

erschwerter Erregbarkeit befindet. So genügt der weitere Reiz des Morphiums zur völligen Lähmung. Ob sonst noch toxische Schädigung durch Stoffwechselprodukte oder Spirochätentoxine vorliegt, läßt Verf. offen. Demnach soll man bei Tabes vorsichtig sein mit Morphium, statt dessen empfiehlt sich das Morphiumderivat Dilaudid, das zum Atemzentrum geringste Affinität haben soll. *Siegfried*-Aachen.

Ortner: **Plötzlicher Atemstillstand bei Tabes dorsalis.** M. K. 1927. 16.

Verf. beruft sich *Krüskemper* gegenüber auf die Priorität seiner gleichen Veröffentlichung von zwei Fällen (Symptomatologie innerer Krankheiten, Bd. 2. S. 65 u. 170). Asthmakranke 20jährige Patientin bekam jedesmal nach Morphium Asthma bronchiale und verfiel in Bewußtlosigkeit mit vollkommenem Atemstillstand. Offenbar wurde durch Gefäßkrise oder Übermüdung des betroffenen Atemzentrums hinzukommendes Morphium zum weiteren schädigenden Agens. *Siegfried*-Aachen.

Rasdolski: **Konstitution und Syphilis des Nervensystems.** Wratschebnaja Goseta 1927. Nr. 13/14.

Verf. untersuchte 202 Fälle von Neurolues in bezug auf ihre Konstitution, und zwar 82 Fälle von Tabes dorsalis, 24 von progressiver Paralyse und 96 Fälle verschiedener Formen eigentlicher Syphilis des Nervensystems (Myelitis, Meningo-Myelitis, Gumma, Gefäßerkrankungen usw.). Er fand hierbei, daß sich unter den Tabetikern 4mal mehr Astheniker als Pyckniker fanden, und daß 47% der Tabetiker Astheniker waren. Im Gegensatz hierzu überwiegen die Pyckniker unter den syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems im engeren Sinn, indem sie 45% darüber ausmachten. Dasselbe war auch der Fall bei der progressiven Paralyse, da 57% derselben eine pycknische Konstitution aufwiesen.

A. Jordan.

Horder u. *Price:* **Syphilis of the heart and aorta (with special reference to the early stage of the disease) and its appropiate treatment. (Syphilis des Herzens und der Aorta [besonders im Anfangsstadium] und ihre geeignete Behandlung.)** The B. J. o. ven. dis. 1926. 6.

1. *Horder:* Der Beginn einer Aortitis luetica ist zwischen dem 25. bis 35. Lebensjahre anzusetzen. Gelänge es schon dann objektiv, den luetischen Angriff zu erkennen, würde noch sehr vieles gebessert oder geheilt werden können, was bei später sicherer Diagnose meist irreparabel ist. Solche Frühsymptome glaubt Verf. zu erkennen in substernalen Schmerzen, die bei Anstrengung zunehmen, weiter in unbestimmtem Druckgefühl in der Brust, „Fühlen der Aorta", drittens in Kurzatmigkeit. Das alles zu einer Zeit, wo physikalisch noch keine Aortenerweiterung noch sonst welche Herzgeräusche sich verraten, nur daß vielleicht der zweite Aortenton schon nicht ganz mehr klar und oft nur besonders hörbar hinter Proc. xiphoideus ist. Frühe Syphilisdiagnose des Herzens erschwert wegen Fehlens von Schmerzen. Eventuell Arythmie als verdächtig besonders vor dem 50. Lebensjahre anzusehen. Therapeutisch ist etwas Vorsicht geboten: Einschleichende antiluetische Behandlung in allen irgendwie verdächtigen Fällen anfangs mit Hg und Jod, erst später mit Salvarsan in nicht verringerten Dosen.

2. *Price:* Unter 288 Autopsien Syphilitischer fand sich als häufigste luetische Läsion Mesaortitis, die meistens auch die Lues der Koronar-

Digitized by Google

arterie begleitet. Es kommen im Herzmuskel aber auch, unabhängig von Kranzarterie, syphilitische infiltrative Prozesse vor mit schließlicher Fibrose. Primäres Atherom der Aorta soll aber ausgeschlossen sein. Bei Aortitis luetica soll geringerer Blutdruck bestehen und geringere Hypertrophie des ersten Ventrikels als in gewöhnlicher Aortitis, oft auch soll letztere Hypertrophie ganz fehlen. Überhaupt zeigt luetische Aortitis mehr schleichenden Charakter. Poststernale Schmerzen sollen weniger heftig sein als bei Angina pectoris, höher lokalisiert sein und weniger weit ausstrahlen, sollen plötzlicher auftreten und langsamer verschwinden. Herzstörungen in jungen Jahren bei Ausschluß von Rheuma sollen immer verdächtig sein, wie überhaupt Angina pectoris vor dem 40. Lebensjahre. Dagegen soll Kombination von Aorta- und Mitralklappenfehler vor dem 30. Lebensjahre wieder mehr auf Rheuma hinweisen. Behandlung muß schnell und lange erfolgen. Da As. zu Schwellung der Intima kleinster Gefäße führen kann, Vorsicht mit Salvarsan. Erst mit Hg oder Bi oder Jod beginnen. Salvarsan erst langsam steigern, später kann man mit letzterem energischer vorgehen. Behandeln, bis W.-R. negativ wurde was oft sehr lange dauert.

3. Diskussion zu den obigen Vorträgen von *Horder* und *Price*.

Siegfried-Aachen.

Klieneberger (Gutachten): **Wahrscheinlicher Zusammenhang des Todes, infolge syphilitischen Aorten-Aneurysmas und einer Brustquetschung, fast zwei Jahre vorher.** M. Kl. 1927. 28.

Arbeiter erleidet durch Sturz vom Wagen Brustquetschung und Rippenbrüche (6. und 7.). Danach dauernd Blutspucken und Rasselgeräusche in Lunge ebendort. Zwei Jahre später Tod infolge außerordentlich starken Blutsturzes. Es wird angenommen, daß durch Überanstrengung bei Unfall im schon vorher geschädigten Gewebe der erweiterten Aortawand ein Gefäßwandriß (Aneurysma dissecans) entstand. Anfangs Blutungen als Lungenrisse zu deuten, später ist Aortaausbuchtung nach Verdünnung der Luftröhre in diese durchgebrochen. Somit bezeichnen die späteren Blutungen den Weg, den zunehmende Aortenausbuchtung sich bahnte. Es ist also anzunehmen, daß durch Unfall schnellerer Tod durch schon vorher bestehendes Aortenaneurysma eintrat. *Siegfried*-Aachen.

Erich Langer: **Die Häufigkeit der luetischen Organveränderungen, insbesondere der Aortitis luetica.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 43.

An Hand von 23 015 Sektionsprotokollen des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin aus den Jahren 1906—1925 weist der Verf. eine mehr als dreifache Zunahme der Aortenerkrankungen nach. Während im Jahre 1906/07 das Verhältnis der Aortitis zu den Luessektionen 33,3 % betrug, betrug es im Jahre 1925 83,87 %. Die Ursache für diese Zunahme der Aortitis glaubt der Autor in unserer zu intensiven Behandlung zu sehen; er empfiehlt deshalb möglichst milde Kuren, die den Körper in seinem Abwehrkampfe unterstützen und die Antikörperbildung heben sollen. *Weinstock*-Charlottenburg.

Prokoptschak: **Syphilis der Aorta.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 7.

Unter 549 Syphilitikern wurde eine Aortitis syph. 170mal, d. h. in 30 %, gefunden, und zwar

Digitized by Google

bei	Anzahl der Kranken	Anzahl der Aortiker	In Prozent
Spätsyphilis II und III	236	61	25
Lues cerebri	76	25	32,8
Lues des Rückenmarks	51	17	33,3
Tabes dorsalis	146	62	42,4
Meningo-Myelitis spez..	40	5	12,5
Im ganzen	549	170	30%

Unter den Ursachen für die Aortitis wären besonders hervorzuheben: ungenügende Behandlung, Alkoholismus, Infektionskrankheiten, konstitutionelle Besonderheiten und eine angeborene Schwäche des Gefäßsystems. Als beste Behandlung empfiehlt Verf. eine kombinierte mit Wismut, Jod und Salvarsan. *A. Jordan.*

A. Schatilow: **Zur Kasuistik der Lungensyphilis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 1.

Beschreibung eines Falles von Lungenerkrankung bei einer 17jährigen Kranken, welche bei fehlenden Tuberkelbazillen und Betroffensein speziell des mittleren Lungenlappens, trotz fehlender anamnestischer Hinweise auf Syphilis, für eine solche sprach. Der positive Wassermann und der Erfolg der spez. Kur bestätigten die Annahme. *A. Jordan.*

Orleanski: **Augenblicklicher Stand der Frage über die Syphilis der oberen Respirationswege und des inneren Ohres.** Westnik Sowremennsi Medicini. 1927. Nr. 14.

Nach einer literarischen Übersicht gibt Verf. seine Ansicht über die Prognose, welche folgendermaßen lautet, wieder: Dieselbe ist mehr oder weniger günstig: 1. in Fällen, welche nicht zu stürmisch verlaufen, wie 2. in verhältnismäßig frischen Fällen, wo es noch nicht zu bedeutenden Ausfallserscheinungen gekommen ist, und 3. ist sie besser in der sekundären als tertiären Periode. Endlich gibt die Erkrankung des N. vestibularis eine bessere Prognose als diejenige des N. cochlearis. Letztere Erkrankung gibt bei Männern eine bessere Vorhersage als bei Frauen. *A. Jordan.*

B. Lewina: **Ein Fall von Syphilis und Asthma bronchiale.** Russkij Westnik Dermatologii. 1926. Nr. 10.

Schwinden der asthmatischen Beschwerden bei einer 68jährigen Luetikerin nach spezifischer Kur. *A. Jordan.*

Maurice Letulle und *Jacques Dalsace:* **Drei „larvierte" Formen pleuropulmonärer Syphilis. Lobuläre Pneumopathie im Anschluß an die Bronchialverteilung. Inselförmige Rindenpleuritis mit Einschmelzung. Schiefrige syphilitische Pneumonie (sklerogummöse Rindenpleuritis). 12 Abbildungen.** Ann. de Derm. et de Syph. 1927. Nr. 3.

Das pathologisch-anatomische Bild der pleuro-pulmonären Syphilis wird an Hand von drei zur Autopsie gelangten Fällen dargestellt, unterstützt durch vorzügliche Abbildungen. Es wird darauf hingewiesen, daß die Syphilis in den Lungen die unteren Randpartien bevorzugt, woran die Zirkulationsverhältnisse für Blut und Lymphe schuld sein dürften. Meist sind nur wenige Lobuli neben dem Bindegewebe mit erkrankt, so daß

Digitized by Google

die Autoren von Paucilobulitis bzw. pauci-lobulären Pneumopathien sprechen möchten; die Erkrankung dieser „Inseln" geschieht auf vaskulärem Wege. Der Verlauf ist oft rein sklerosierend. *Zurhelle*-Bonn.

Berblinger: **Gummöse Syphilis der Lunge und der Cava superior mit Thrombose dieser.** M. K. 1927. 35.

Mitteilung einiger zur Sektion gelangter Fälle von Lungenveränderungen bei erworbener Syphilis mit mikroskopischem Befund. 28jährige Frau mit zum Teil wie hämorrhagische Infarkte aussehenden Lungenherden mit frischen Thromben in zugehörigen Lungenarterien. Weiter völlige Thrombose der Cava superior bei 53jährigem Manne, bei dem klinisch Mediastinaltumor mit Einbruch in obere Hohlvene angenommen wurde, der 9. Fall dieser Art, der bislang bekannt gegeben wurde. Klinisch ist ebenso wie anatomisch Diagnose erworbener Lungensyphilis schwierig, denn die bisherige Klassifizierung in diffus-interstitielle, kavernöse und grobknotig-gummöse Formen ist nur in den Anfangsstadien berechtigt, später oft nicht mehr durchführbar. Genauere Histologie der gummös-sklerosierenden Lungensyphilis ist nachzulesen. Die Verkäsung im Granulationsgewebe der späteren Gummen führt Verf. zurück auf Gefäßveränderungen.

Siegfried-Aachen.

Burke: **Pulmonary syphilis. (Syphilis der Lunge.)** The B. j. o. ven. dis. 1927. 2.

Lungensyphilis kommt sehr viel häufiger vor als gemeiniglich bislang angenommen wird, zumal wenn man die Ergebnisse der Autopsien berücksichtigt. Bei 152 sicher Lueskranken fand sich obiges Leiden in 8% der Fälle, sicherlich aber ist der Prozentsatz noch höher. Verf. unternimmt es als wertvollstes Diagnostikum, die Röntgendurchleuchtung differentialdiagnostisch zu erläutern gegenüber der mit Lungentuberkulose meist verwechselten Lungenlues: Lues zeigt massiven Schatten über den ganzen Lappen oder in Nachbarschaft des Hilus, wobei strahlenförmige Linien vom Hilus ausgehen. Lues schont meistens den oberen Lappen. Bei Tuberkulose ist dies alles umgekehrt. Das verschiedene Verhalten beider Zeiten erklärt sich daher, daß Tuberkulose den Lymphgefäßen folgt und das lymphatische Gewebe um die Lungenläppchen zur Proliferation bringt, somit ist Tuberkuloseschatten perilobulär, Lues aber ergreift die Hilusarterien zuerst und gelangt durch Arterien ins Innere der Läppchen, macht also intralobuläre Schatten. Tuberkuloseschatten hält sich an Bronchien, luetischer nicht. Klinisch wäre zu bemerken, daß bei Lungenlues kein progressiver Körpergewichtsverlust eintritt, wie bei Tuberkulose auch keine deutliche Anämie. Bei gleichzeitiger Lues und Tuberkulose der Lungen scheint Lues retardierend auf Tuberkulose zu wirken. 27 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

L. Feldmann: **Über einige Knochenveränderungen bei vererbter Lues.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 7.

Die röntgenologische Untersuchung von 128 erbsyphilitischen Kindern der ersten zwei Lebensjahre ergab bei 78 verschiedene Knochenveränderungen (Osteochondritis, Parrotsche Krankheit, Periostitis, Osteosklerosen usw.), darunter in 16 Fällen das Fehlen der normalen trichter-

Digitized by Google

förmigen Vertiefung der langen Röhrenknochen im Gebiet der Metaphyse. Der Knochen ist an dieser Stelle verbreitert, wie viereckig. Die Knochenstruktur ist zwar erhalten, aber die kortikale Schicht ist verdünnt. Häufiger sieht man dieses an den Knochen des Schienbeins, als an denen des Vorderarms. Zuweilen beobachtet man gleichzeitig periostale Auflagerungen an dieser Partie. *A. Jordan.*

Glaubersohn: **Syphilitische Spondylitis.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 2.

Die gummöse Spondylitis entwickelte sich bei einem 43jährigen Mann 25 Jahre nach Infektion mit Syphilis. *A. Jordan.*

Baikow: **Unterarmknochenfraktur, kompliziert durch Gumma.** Moskowski Medicinski Journal. 1926. Nr. 12.

Im Anschluß an eine Fraktur der Unterarmknochen entwickelte sich bei einem 40jährigen Arbeiter eine Ostitis gummosa. Der Kranke behauptete, nichts von Lues zu wissen; die genaue Untersuchung desselben ergab, außer dem Gumma, Zeichen von Tabes und Aortenaneurysma bei stark positivem Wassermann. *A. Jordan.*

Wikker: **Über gummöse Leberschwellung.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 16.

Elf eigene Beobachtungen geben Verf. Anlaß, sich folgendermaßen über die syphilitische Anschwellung der Leber auszusprechen. Das Lebergumma ist meist als begrenzte Geschwulst von Nuß- bis Faustgröße zu fühlen. Die Leber ist an der Oberfläche uneben und höckerig. Zuweilen findet sich eine Reihe von Knoten. Die Härte der Lebergeschwulst ist eine mittlere, aber verschieden stark. Meist sitzt die Geschwulst im linken Leberabschnitt. Eine Schwellung der Leber in toto gehört nicht zur Regel, obgleich die Leber in gewissem Grade vergrößert und hart ist. Meist ist auch die Milz vergrößert. Schmerzempfindungen in der Lebergegend sind verschieden, meist mäßigen Grades. In der Hälfte aller Fälle ist die Temperatur erhöht (37,8—38,2° abends). Gelbsucht fehlt in der Regel. Unter den Fällen des Verf. überwogen die Frauen. Die Diagnose kann große Schwierigkeiten machen, ist aber leicht, wenn man sich daran gewöhnt, in zweifelhaften Fällen eine spezifische Kur zu versuchen. *A. Jordan.*

Babajew: **Zur Kasuistik der Knochen- und viszeralen Syphilis.** Wratschebnoja Gaseta. 1927. Nr. 3.

Seltener Fall von gummöser Affektion der Sacralwirbel nebst gleichzeitiger Aortitis und Hepatitis bei einer 38jährigen Frau, welche von ihrer Lues nichts ahnte. Wassermann bei ihr und beim Mann stark positiv; bei 13jähriger Tochter negativ. Spezifische Behandlung brachte Besserung. *A. Jordan.*

George Gellhorn: **Syphilis of the Cervix. (Lues der Zervix.)** St. Louis. Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 22.

Die Lues kann an der Zervix in allen Stadien auftreten: als P. A., als Papel und als Gumma. Der harte Schanker sitzt meist an der vorderen Muttermundlippe, ist zuweilen auch multipel. Da die zugehörigen Drüsen weit nach hinten gelegen sind, ist in der Regel eine Drüsenschwellung nicht zu tasten. Bei schweren, inoperablen Karzinomen empfiehlt Verf.

Digitized by Google

antiluetische Kur einzuleiten, um ein tertiäres Syphilid mit Sicherheit ausschließen zu können. Durch Narbenbildungen geben die luetischen Zervixveränderungen oft Geburtshindernisse ab. Auch Übergang in Karzinom ist möglich. *Gellhorn* konnte drei solcher Fälle beobachten; zwei davon kamen nach wenigen Monaten zum Exitus. *Röntz*-Bonn.

Eruchimowitsch u. *Blumkin:* **Über Syphilis der Gl. parotis.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 16.

Ein weiterer Fall dieser, noch seltenen spätsyphilitischen Erscheinung bei einem 42jährigen Mann, welcher Lues verneinte, verheiratet war und ein gesundes Kind hatte. Erst nach 2jährigem Bestande der Krankheit wurde, auf Grund gleichzeitiger Aortitis und Hepar lobatum die richtige Diagnose gestellt und durch eine Kur mit *Biett*scher Lösung ein völliger Rückgang der Vergrößerung der Parotis erzielt. Die Reaktion Meinicke war schwach positiv. *A. Jordan.*

Bobowitsch u. *Linde:* **Zur Klinik der syphilitischen Orchi-Epididymitis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 8.

Es werden zwei Fälle von syphilitischer Orchi-Epididymitis beschrieben, bei denen beiderseitig Hoden und Nebenhoden betroffen waren und auch der Vas deferens mit in den Prozeß hineingezogen war. In dem einen Fall handelte es sich um einen 36jährigen Landmann, der 9 Jahre vorher Syphilis akquiriert und eine Hg-Spritzkur, sonst nichts mehr, erhalten hatte. In dem anderen Fall kam ein 35jähriger chinesischer Bauer mit Orchi-Epididymitis syph., welcher 3 Jahre vorher einen Schanker erworben hatte und damals von einem Kurpfuscher in Shanghai behandelt worden war. Beide Fälle boten, abgesehen von ihrer Seltenheit, diagnostische Schwierigkeiten. *A. Jordan.*

Agronik: **Syphilis und das Messer des Chirurgen.** Klinitscheskaja Medicina. 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Beschreibung zweier Fälle von Syphilis des Nasen-Rachenraums und eines Falles von gummösen Unterschenkelgeschwüren, welche für Tuberkulose gehalten wurden und teilweise Anlaß zu chirurgischen Eingriffen gegeben hatten, teilweise geben sollten. Die positive W.-R. und der Erfolg einer spezifischen Behandlung klärten die Situation. *A. Jordan.*

Bertaccini Giuseppe: **Stenosis rectalis, elephantiastica ano-rectalis, Syphiloma ano-rectale Fournier.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1526.

Bertaccini hebt hervor, daß die verschiedenen Meinungen der Autoren über *Fourniers* „Syphiloma ano-rectal" auf der Tatsache beruhen, daß die Bezeichnung *Fourniers* auf Fälle zur Anwendung kam, die dem von *F.* geschiderten Symptomenkomplexe nicht entsprechen. Er gibt noch einmal die anatomischen und klinischen Charaktere des Symptomenkomplexes nach *F.* wieder, dessen Endstatus nach *F.* eine zylindrische Stenose eines Rektalsegments, dessen pathogenetischer Mechanismus die sklerotische Retraktion einer diffusen interstitiellen primären Infiltration der Rektalwände darstellt. Unter Berücksichtigung der Literatur gibt *B.* die Befunde und Meinungen der verschiedenen Autoren wieder. Er ist der Überzeugung, daß man zwar die verschiedensten Formen der rektalen Stenose und der ano-genitalen Elephantiasis sicher nicht syphilitischen Ursprungs findet,

Digitized by Google

daß aber typische Fälle vorkommen, welche auf Grund ihrer syphilitischen Natur und Pathogenese dem Bilde *Fourniers* entsprechen.

Bertaccini teilt 7 Fälle mit, welche nach dem klinischen, rektoskopischen Befunde, nach dem Verlaufe typische Beispiele des Syphiloma ano-rectal *Fourniers* darstellen. Bei einem der Fälle bestand eine Lungentuberkulose und eine Tuberkulose der mesenterialen Lymphdrüsen; trotzdem gehörte auch bei diesem Fall die rektale Verengerung zu dem von *Fournier* beschriebenen Symptomenkomplex, und die zum Tode führenden tuberkulösen Erscheinungen waren nur eine zufällige Begleiterkrankung. Das Syphiloma ano-rectale ist offenbar häufiger, als manche Autoren annehmen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Divella: **Die ano-rectale Spätsyphilis Fourniers.** Soz. pugliese d. soc. ital. d. Dermatol. 10. II. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 887.

Divella hat drei Fälle dieser seltenen Lokalisation beobachtet. Der dritte, ausführlich beschriebene Fall betrifft eine 40jährige Patientin, welche die Syphilis vor 10 Jahren erwarb, sich unregelmäßig und ungenügend behandelte und seit 3 Jahren an einer Aortitis leidet. Seit 2 Jahren Störungen bei der Stuhlentleerung. Oberhalb des Sphinkters fühlt man eine Rauhigkeit; die Oberfläche weist harte Knoten auf; starke Stenosierung des Rektums. Bei der Untersuchung entleert sich eiterähnliche Flüssigkeit und Blut. Wassermann positiv. Im Analsekret finden sich weder Gonokokken noch Streptobazillen. Besserung nach Salvarsan- und Jodbehandlung. Das Syphiloma ano-rectale stellt eine hyperplastische Infiltration der Ano-Rektalwände dar, ist eine tertiäre Erscheinung, vergleichbar den sonstigen interstitiellen Hyperplasien durch Lues.
Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Buchbesprechungen.

Julius Heller: *Die Krankheiten der Nägel.* 2. Auflage. (Band XIII, 2. Teil des Handbuchs der Haut- und Geschlechtskrankheiten von *Jadassohn*. Berlin 1927. Julius Springer.

Die 2. Auflage hat aus *Hellers* bekanntem Nagelbuch ein grundlegendes Werk geschaffen, wie es die Literatur keines anderen Landes besitzt. Die Anatomie, vergleichende Anatomie und die Physiologie beginnen das Werk. Die Einzelheiten, welche *Heller* mitteilt, stellen ein so ungeheures Material dar, daß für ein Referat keine Möglichkeit besteht. Diesen Besprechungen der normalen Verhältnisse folgen ethnologische Mitteilungen, Nagelpflege, Volksglauben, Mystik, Chiromantie, Prähistorie und Sprachgebrauch; alle diese Abschnitte zeigen die universelle Belesenheit des Autors in seinem Gebiet. Die Pathologie der Nägel beginnt *Heller* mit den erblichen Erkrankungen (viel Stammbäume). Sodann geht er auf die Einwirkungen normaler (Gravidität) und pathologischer Allgemeinzustände des Körpers über und bespricht die Einwirkung von Krankheiten und Vergiftungen. Auch die lokalen Erkrankungen beginnt er wieder mit den Abnormitäten (angeborenen Mißbildungen), um dann auf die eigentlichen Nagelerkrankungen überzugehen. Mit vielen Bildern wird das Krankheitsbild der Onychogryphosis ausführlich geschildert, ihm folgt der Ausfall des Nagels, die Koilonychie, die subunguale Keratose und

Digitized by Google

die vielen Gestaltveränderungen des Nagesl, die unter den verschiedensten Namen beschrieben sind. Die Farbveränderung des Nagels (weiß, dunkel), Blutungen, Verletzungsfolgen und Nagelbettentzündung folgen mit den sie erzeugenden Bakterien; der eingewachsene Nagel, Warzen und Tumoren unter den Nägeln werden in Bildern eigener Beobachtung und aus jahrzehntelanger Literatursammlung zusammengestellt. Die entzündlichen Erkrankungen bestehen in Pilzerkrankungen, Nagelekzem und sodann der ganzen Reihe häufigerer oder seltener Dermatosen. Bei der speziellen Besprechung der Nagelveränderungen durch Allgemeinerkrankungen, die nun folgt, teilt *Heller* das Gebiet in solche mit starker Beteiligung der Hautorgane: Syphilis sehr ausführlich, Gonorrhöe und Ulcus molle, Lepra, Pocken; und in solche ohne starke Beteiligung der Hautorgane: Tuberkulose und andere Lungenerkrankungen (dabei aber Lupus), Herzerkrankungen, Malaria und andere Tropenkrankheiten, Typhus, Rachitis, Diabetes, Akromegalie und Akromikrie, sowie andere endokrine Störungen. Diese letzteren hält *Heller* für selten und von geringer Bedeutung. Rheumatismus, Gicht, Skorbut, Chlorose beenden diesen Teil vor dem Übergang in den außerordentlich wichtigen Abschnitt über die Erkrankungen des Nervensystems, periphere Nerven, Rückenmark und Gehirn. Wieder unendlich viele und seltene Krankheitsformen, von denen nur der von *H. Oppenheim* beschriebene Schmerz beim Nagelschneiden, eine oft geschilderte Überempfindlichkeit des Unternagelraums, herausgenommen sei. Traumen und Giftwirkungen schließen die Pathologie ab. Ihr folgt die forensische Bedeutung der Nägel (lange alphabetische Liste der gewerblichen Veränderungen der Nägel), die Formen des Nagelschmutzes, die Verletzungen durch Nägel; die Pflege der Nägel, und zum Schluß eine allgemeine diagnostische Tabelle. Die Nägel werden uns in diesem über 400 Seiten langen Werk in ihrer ganzen Bedeutung für die Erkennung körperlicher Eigenschaften und Veränderungen dargetan. Das gesammelte Material, übersichtlich und angenehm lesbar dargestellt, durch 145 Bilder illustriert, regt auf jeder Seite zum Denken und eigenem Beobachten an. Dieser Band gehört zu den besten des größten Handbuches der Dermatologie, das je erschienen ist. *Pinkus.*

P. G. Unna: *Histochemie der Haut.* Wien 1928. Franz Deuticke. Preis Mk. 20.

Mit Staunen und Bewunderung sieht die jüngere Generation, wie *P. G. Unna* schon früh, weit seiner Zeit vorauseilend, mit genial erdachten Methoden vieles erkannte, was heute erst durch physikalisch-chemische und elektrische Methoden bestätigt werden kann. Nachdem durch die wichtigen Arbeiten von *Ehrlich* die Möglichkeit gegeben war, einen Eiweißbestandteil der Zelle nach dem anderen färberisch zu charakterisieren, wurde durch die Einführung der Chromolyse durch *Unna* die Erkenntnis der chemischen Beschaffenheit einzelner Zellbestandteile und die Entdeckung neuer wesentlich gefördert. Einen weiteren Fortschritt erfuhr die Zellchemie durch die Entdeckung der Sauerstofforte. *Unna* konnte zeigen, daß auch die Färbung überlebenden, nicht fixierten Gewebes möglich ist, und daß aus der Färbung solcher Gewebe Schlüsse auf vitale Zellvorgänge gezogen werden können. Mit dem Fortfall der Fixierungsprozesse wurde die chemische Erforschung der Zelle auf verhältnismäßig einfache Maßnahmen zurückgeführt. Entsprechend dieser Entwicklung gliedert sich das mit farbenprächtigen, übersichtlichen Illustrationen geschmückte Werk in die Darstellung der sauren und basischen Zelleiweiße, die Besprechung ihres Aufbaues (Stockwerktheorie), die Schilderung der Sauerstoff- und Reduktionsorte, der Sauerstoffermente, die Besprechung der

Digitized by Google

sauren Kerne, die Hautfette, der Plasma- und Mastzellen und der Bindegewebssubstanzen. Die Lektüre ist wegen der einfachen und außerordentlich klaren Sprache ein hoher Genuß. Die verschiedenen Färbungen sind einzeln geschildert. Ein Formelverzeichnis am Ende des Buches erleichtert die Auffindung der einzelnen Methoden. Das Buch sollte deshalb in keinem histologischen Laboratorium fehlen. *Memmesheimer* (Bonn).

Henry H. Hazen: *Diseases of the Skin.* 3. Aufl. St. Louis 1927. C. V. Mosby. Preis geb. 10 Dollar.

Der Aufschwung, den die Dermatologie in den Vereinigten Staaten von Nordamerika genommen hat, zeigt sich in dem schnellen Erscheinen neuer Ausgaben der dermatologischen Lehrbücher des Landes. Auch von dem Buch des Washingtoner Dermatologen wurde eine neue Auflage notwendig, die dritte, die jetzt 572 Seiten stark mit 248 Bildern vorliegt. Sie enthält Hautkrankheiten und Syphilis, nicht aber (mit Ausnahme der gonorrhöischen Hyperkeratosen) die Gonorrhöe, weil diese in U. S. A. eine Domäne der Urologen ist. Sieben Kapitel über Anatomie und Physiologie, Ätiologie, Symptomatologie, Pathologie, Diagnostik, Behandlungsmethoden und Hygiene leiten weitere 26, die einzelnen Krankheiten beschreibende Abschnitte ein. Die Einteilung erfolgt unter vorwiegend ätiologischen Gesichtspunkten. Es ist nicht verwunderlich, daß hier für unseren Geschmack einzelnen Krankheitsformen Zwang angetan wird und Unstimmigkeiten vorkommen. So wird z. B. die Seborrhoea sicca unter den „bakteriellen" Hautkrankheiten abgehandelt und die Flaschenbazillen *Unna-Malassez* sind als sichere Erreger abgebildet. Es wäre wünschensswert, in einem Lehrbuch diese Erkrankung unter das Kapitel der „wahrscheinlich bakteriellen" Erkrankungen zu bringen, wenn man schon eine bakterielle Ursache annimmt. Die Schwarzweißillustrationen sind zum Teil ausgezeichnet, zum Teil aber nach Aussehen und Anordnung nicht gleichmäßig. In einer neuen Auflage müßte sich hier leicht Änderung schaffen lassen. Die Wismutbehandlung der Syphilis kommt etwas zu kurz, dafür ist die Bekämpfung und Prophylaxe der Syphilis in außerordentlich übersichtlicher und auch für den Studenten leicht einprägsamer Weise erörtert. Erwähnenswert aus dem Inhalt ist das Vorkommen von gewissen Eigentümlichkeiten bei den Hauterkrankungen der schwarzen Rasse. So soll die Seborrhöe des Kopfes in ihren verschiedenen Formen bei den Negern ungewöhnlich selten sein. Die Verbreitung der Syphilis ist bei den Negern anderhalbmal so groß wie bei den Weißen. Wegen der Schilderung dieser besonderen amerikanischen Verhältnisse kann das Studium des Lehrbuches sehr empfohlen werden. *Memmesheimer* (Bonn).

J. Matuschka u. R. Rosner: *Die Malariatherapie der Syphilis.* Wien 1927. Julius Springer. Preis Mk. 4,80.

Der Standpunkt *Fingers*, daß die Wirkung der antiluischen Mittel — auch die des Salvarsans — keine direkte, sondern eine vom Organismus abhängige ist, führte *Kyrle* schon 1917 dazu, Versuche über die Wirkung künstlich erzeugten Fiebers auf den Verlauf der Frühsyphilis vorzunehmen. *Kyrle* kam dabei zu dem Schluß, daß eine energische chemotherapeutische Behandlung mit Fieber kombiniert wahrscheinlich mehr leistet, als für sich allein. Es wurde ihm dabei klar, daß das Fieber hierbei nicht das wesentliche, sondern nur ein Glied in einer Reihe von Vorgängen sei, die die Abwehrkräfte des Organismus anregen und Bedingungen für eine bessere Wirkung des Salvarsans im Körper

Digitized by Google

schaffen. Eine logische Folge dieser Überlegungen war nach *Wagner-Jaureggs* glänzenden Erfolgen mit der Malariabehandlung der Paralyse die Einführung der kombinierten Salvarsan-Malariabehandlung in die Therapie der Frühlues. Nach dem allzufrühen Tode *Kyrles* wurde diese Therapie nach den von ihm geschaffenen Grundsätzen mit größtem Erfolge durchgeführt. Die vorliegende, von zweien seiner Mitarbeiter geschriebene und von *Finger* eingeleitete Abhandlung beweist es. Bemerkenswert an der Zusammenstellung ist die Größe des Materials, die lange Dauer der Beobachtung und der freimütige Hinweis auf die allerdings außerordentlich geringe Anzahl der Mißerfolge. 100% Erfolge kann es eben, wie *Finger* sagt, biologisch gedacht, nicht geben. Aus diesen Gründen empfiehlt sich das Studium auch für die Syphilistherapeuten, die aus vorwiegend gefühlsmäßigen Gründen die Malariabehandlung für alle Fälle von Frühsyphilis strikte ablehnen. Mancher von ihnen wird sich überzeugen lassen, daß durch *Kyrle* die Behandlung der Lues um eine sehr wertvolle und für manche Fälle unentbehrliche Methode vermehrt wurde.

Memmesheimer (Bonn).

F. Krzysztalowicz: *(Choroby Skóry.) Hautkrankheiten.* 539 S. u. 177 Abb. Warschau 1928. Verlag des Kultusministeriums. Preis Zl. 20.

Nachdem im vergangenen Jahre die „Ätiologie und Pathognese der Hautkrankheiten" im Selbstverlag des Verfassers erschienen ist, liegt jetzt der zweite, klinische Teil des Lehrbuches vor. Jeder der beiden Bände ist in sich abgeschlossen, doch besteht zwischen beiden ein enger, logischer Zusammenhang. Im ersten Teil hat Verfasser sich der bisher ungelösten Aufgabe unterzogen, in der Dermatologie das einzig haltbare und rationelle System zu schaffen: nämlich nach der Ätiologie der einzelnen Erkrankungen, und bei der Herausgabe des zweiten Bandes hat es sich gezeigt, daß dieses System der praktischen Probe standgehalten hat. Es umfaßt folgende Hauptgruppen:

1. Angeborene und vererbliche Hautkrankheiten (Genodermien);
2. Hautkrankheiten durch äußere, physikalische und chemische Einwirkungen;
3. Parisitäre Hauterkrankungen;
4. Toxikodermien;
5. Hauterkrankungen infolge innerer Ursachen (Autointoxikationen, Stoffwechselstörungen, hämatopoetisches System und endokrino-vegetatives System);
6. Neubildungen (karzinomatöse und sarkomatöse).

Dem neu eingeführten System entsprechend werden die Untersuchungen der letzten Zeit berücksichtigt, die uns über die Ätiologie mancher Erkrankungen aufgeklärt haben, so daß einerseits morphologisch ähnliche Krankheitsbilder getrennt behandelt werden, andererseits bisher als selbständig anerkannte Krankheiten anderen Gruppen zugerechnet sind. So hat z. B. *Krzysztalowicz* ebenso wie *Highman* das Ekzem aus der Terminologie gestrichen, da alle hierher gehörigen Erscheinungen unter den Kapiteln Dermatitis, Pyodermites, Epidermodermites, Prurigo und seborrhöische Ekzematiden behandelt sind. Das Kapitel der Pyodermitis ist im Vergleich zu den bisherigen Lehrbüchern beträchtlich erweitert worden. Wir finden in dem Lehrbuch nach einleitenden symptomatologischen Bemerkungen einen allgemeinen therapeutischen Teil, in dem bei der allgemeinen, wie auch bei der lokalen Behandlung alle neueren Methoden berücksichtigt werden und die pharmako-biologische Wirkungsweise

Digitized by Google

sowie die praktische Anwendungsform der einzelnen Mittel angegeben wird. Darauf folgt der klinische Teil, in dem bei jeder Krankheit die Morphologie, pathologische Anatomie und Therapie kurz und doch erschöpfend besprochen wird. Am Schluß des Buches befinden sich zahlreiche Photographien und histologische Bilder auch der seltensten Krankheiten. Das Buch trägt eine durchaus persönliche Note besonders dadurch, daß in ihm die langjährigen eigenen Beobachtungen und Erfahrungen des Verfassers wiedergegeben sind.

Szymanski (Warschau).

Kihn, B.: *Die Behandlung der quartären Syphilis mit akuten Infektionen.* Ihre Stellung in der Therapie, ihre Methodik und Klinik, ihre Beziehungen zur Pathologie und zum öffentlichen Leben. München 1927. J. F. Bergmann. Preis 22,50 Mk.

Verf. bringt in den Ergebnissen und Beobachtungen der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Erlangen eine außerordentlich eingehende und kritische Bearbeitung der Infektionsbehandlung der Metasyphilis mit Malaria, Rekurrens und Rattenbißinfektion. Entsprechend seiner kritischen Einstellung nehmen nach ausführlichen geschichtlichen, parasitologischen und technischen Vorbemerkungen die klinischen Verwicklungen somatischer und geistiger Art einen ungewöhnlich breiten Raum ein. Im Anschluß daran, wird die serologische Einwirkung der Behandlung sowie die Verteilung der verschiedenen klinischen Formen auf die Remissionen erörtert. Bemerkenswert ist die Warnung vor Malaria bei tabischer Optikusatrophie sowie die in Übereinstimmung mit *Nonne* sehr zurückhaltende Beurteilung der Malariatherapie bei Tabes überhaupt. Sehr eindrucksvoll ist die Schilderung der Mobilisierung einer Tuberkulose bei einem Paralytiker durch die Malariabehandlung, wobei es nach Hinzutreten einer Tuberkulinbehandlung zum Exitus kam. Die juristischen Bemerkungen über die rechtliche Stellung der Infektionstherapie als ärztlicher Methode über die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Paralytikers, seine Geschäftsfähigkeit, über Pflegschaft und Entmündigung sind bei der besonderen Berücksichtigung der malariaremittierten Paralytiker von besonderem Interesse.

Zurhelle (Bonn).

S. Jeßner: *Die innere Behandlung von Hautleiden.* 4. Auflage. Leipzig 1927. C. Kabitzsch. Preis Mk. 2,50.

Unter der Devise „Über die Haut nicht den Menschen vergessen" soll der Dermatologe von einem einseitigen Spezialistentum bewahrt bleiben. Neben der lokalen Therapie ist deshalb bei der Behandlung von Hautkrankheiten auch die indirekte Behandlung nicht zu vernachlässigen. *Jeßner* hat in dem vorliegenden Vortrag, soweit es in den gesteckten Grenzen möglich war, die Bedeutung der Diätetik und die der internen medikamentösen Therapie eingehend gewürdigt. Unter letzterer faßt er die Chemotherapie, die spezifische Therapie mit Vakzinen und Serum, die parenterale Eiweißtherapie, die Organotherapie und die Desensibilisierungstherapie zusammen. Die Broschüre kann allen Fachkollegen, besonders den jüngeren, warm empfohlen werden.

Memmesheimer (Bonn).

Digitized by Google

Zur Syphilisbehandlung.

Der Ausschuß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft hat beschlossen, eine Umfrage über die in letzter Zeit besonders viel erörterte Frage der Einwirkung der Syphilistherapie auf die sogenannte Metasyphilis und die Aortitis zu veranstalten. Eine Kommission hat eine Erklärung ausgearbeitet und diese ist an die Ausschußmitglieder und an diejenigen Mitglieder der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, welche Ordinarien, Leiter größerer Krankenhaus-Abteilungen oder Extraordinarien sind (auch an die in Europa lebenden Nicht-Deutschen), geschickt worden. Das waren 130 Herren. Davon haben 4 sich nicht einverstanden erklärt (darunter einer mit der ausdrücklichen Bemerkung, daß er sachlich mit dem Inhalt übereinstimme, einer, weil er die Behauptungen der Gegner nicht widerlegt findet), von 6 Herren ist eine Antwort nicht erfolgt, die übrigen, d. h. 120 Herren, haben sich mit der Erklärung einverstanden erklärt.

Im Gegensatz zu der großen Mehrzahl der Syphilidologen raten jetzt einzelne Autoren immer wieder, die medikamentöse Behandlung der Syphilis einzuschränken und besonders in der sekundären Periode das Salvarsan sogar ganz zu vermeiden. Sie stützen sich dabei auf die vermeintliche Feststellung, daß die Paralyse seit der Einführung des Salvarsans zugenommen und in nichtzivilierten Ländern sich erst seitdem gezeigt oder vermehrt habe. Auch von der Aortitis wird eine durch Salvarsan bedingte Zunahme behauptet.

Demgegenüber glauben wir erklären zu müssen:

1. Für eine Vermehrung der Paralyse in zivilisierten Ländern, welche mit dem Salvarsan in Zusammenhang gebracht werden könnte, liegen keinerlei statistische Beweise vor. Einzelnen wenigen Zusammenstellungen, aus denen eine Frequenzsteigerung erschlossen werden könnte, stehen wesentlich mehr solche gegenüber, aus denen jedenfalls eine Zunahme sich nicht ergibt, sowie eine nicht geringe Zahl anderer, bei denen sogar eine mehr oder weniger beträchtliche Abnahme deutlich zu erkennen ist. Bei der großen Schwierigkeit solcher Statistiken und bei Berücksichtigung der sehr zahlreichen Paralytiker, welche überhaupt keinerlei spezifische Behandlung durchgemacht haben, ist vorerst ein zahlenmäßig sicheres Urteil über einen Zusammenhang der (an sich unregelmäßigen) Bewegung der Paralysekurve mit der Salvarsanbehandlung nicht möglich. Positive Behauptungen sind zur Zeit keinesfalls berechtigt und daraus gezogene Schlußfolgerungen voreilig. Es gibt sehr erfahrene Psychiater, welche bestimmt an einen Rückgang der Paralyse glauben. Auch die Angabe, daß speziell die unzureichende Salvarsanbehandlung die Häufigkeit der späten Nervensyphilis erhöhe, ist ganz unbewiesen. Wäre sie richtig, so müßte die Zunahme der Paralyse und Tabes schon sehr deutlich hervortreten, da in der ersten Salvarsanzeit die meisten und auch später noch viele Fälle nach unseren jetzigen Anschauungen ganz unzureichend behandelt worden sind.

Die sogenannten Neurorezidive, welche auf eine unzureichende Salvarsanzufuhr zurückgeführt werden können, sind jetzt wohl überall sehr viel seltner geworden und kommen mancherorts sogar überhaupt nicht mehr zur Beobachtung.

2. Die Angabe, daß das Auftreten oder die Vermehrung der Paralyse bei unzivilisierten Völkern durch die Einführung des Salvarsans bedingt sei, ist ebenfalls nicht bewiesen und vielfach bestritten. Die große Zahl der niemals

Digitized by Google

behandelten Paralytiker in allen Kulturländern beweist jedenfalls, daß ohne spezifische Behandlung das Zentralnervensystem sehr oft erkrankt.

3. Auch die Behauptung, daß die Aortitis infolge der Salvarsanbehandlung häufiger geworden ist, ist ganz unbewiesen. Für die Erklärung der Frequenzbewegung dieser jetzt besser erkennbar gewordenen und mehr beachteten Spätfolge der Syphilis ist die Zeit noch nicht gekommen.

4. Die ausgezeichneten Erfolge einer genügend starken Behandlung mit Salvarsan (zumal in Kombination mit Wismut oder Quecksilber) im Primärstadium werden fast allgemein anerkannt. Aber auch in der Sekundärperiode gründlich und wiederholt auf diese Weise behandelte Fälle geben nach unserer jetzt schon langjährigen Erfahrung im allgemeinen sehr gute und nach den bisher vorliegenden außerordentlich zahlreichen Beobachtungen viele Jahre anhaltende Erfolge (auch in bezug auf den Liquor). Die Annahme, daß solche Fälle häufiger Späterscheinungen am Nerven- oder Gefäßsystem aufweisen, als nicht oder „milde" behandelte, widerspricht unserer Erfahrung. Auch aus neueren klinischen Zusammenstellungen ergeben sich vielmehr so günstige Zahlen, daß in Anbetracht der zum Teil langen Nachbeobachtung eine volle Ausheilung in vielen solchen Fällen von erfahrener Seite schon jetzt angenommen wird.

Die erwähnten Autoren, welche für die Einschränkung bzw. für die Aufgabe der Salvarsanbehandlung in der Sekundärperiode eintreten, stützen sich u. a. besonders auf die Annahme, daß durch die Unterdrückung der Hautsymptome die natürlichen Immunisierungserscheinungen ungünstig beeinflußt werden. Diese Auffassung ist — für die Lues — eine rein theoretische. Der Beweis, daß durch die Anwendung des Salvarsans in der Sekundärperiode die Schutzkraft des Organismus herabgesetzt wird, ist nirgends erbracht. Die außerordentlich zahlreichen Fälle von klinisch, serologisch und im Liquor dauernd freien Patienten, die energisch in der Sekundärperiode behandelt worden sind, beweisen im Gegenteil, daß die Einwirkung unserer Spezifika, besonders des Salvarsans, sehr oft genügt, um die Immunisierungskräfte des Organismus, zum mindesten auf viele Jahre, zu ersetzen bzw. daß sie durch die Spirochätenvernichtung mehr als diese leisten.

Der Grund für diese unsere Erklärung liegt nicht darin, daß wir glauben, durch Resolutionen wissenschaftliche Fragen entscheiden zu können, auch nicht in dem Wunsche, ihre Diskussion abzudrosseln, sondern die Sorge um die Volksgesundheit zwingt uns zu diesem außergewöhnlichen Schritt.

Durch die erwähnten, oft mit großer Bestimmtheit vorgebrachten, aber nirgends irgendwie bewiesenen Behauptungen wird nicht nur Wasser auf die Mühle der Naturheilkundigen geleitet, sondern es wird auch bei manchen Ärzten und vielen Kranken eine Beunruhigung hervorgerufen, welche durch Tatsachen durchaus nicht begründet ist. Sollten solche Anschauungen (vielleicht wegen der anscheinend größeren Vorsicht oder wegen der bestechend erscheinenden theoretischen Begründung) an Boden gewinnen, so würden manche Ärzte, wenigstens zeitweise, auf den großen allgemein anerkannten Vorzug des Salvarsans verzichten, der darin besteht, daß es die ansteckenden Früherscheinungen der Syphilis schnell unterdrückt, die Übertragung auf die Nachkommenschaft verhütet und dadurch die Ausbreitung der Syphilis zweifellos verhindert.

Das Salvarsan ist — wie 1923 die Mitglieder der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft mit ganz vereinzelten Ausnahmen und 1926 etwa 50 an-

Digitized by Google

erkannte Fachärzte aus ganz Europa fast einstimmig erklärt haben — bei der selbstverständlich nötigen Vorsicht in der Anwendung und bei sorgfältiger Überwachung der Kranken ein im Vergleich zur Stärke und Bedeutung seiner Heilwirkung wenig gefährliches Mittel. Die Ärzte haben also auch weiterhin das Recht und unseres Erachtens die Pflicht, unbeirrt durch hypothetische Einwendungen, die Syphilis mit unseren wirksamsten Mitteln (Salvarsan, Wismut oder Quecksilber) möglichst früh und jedenfalls in der ganzen Frühperiode gründlichst zu behandeln. Sie werden nach unseren Erfahrungen und nach unserer festen Überzeugung damit das Beste sowohl für das Wohl der einzelnen sich ihnen anvertrauenden Kranken, als auch für die Bekämpfung der Syphilis als Volksseuche tun. Salus aegroti — aber auch salus publica — suprema lex esto!

Almkvist (Stockholm), *Arning* (Hamburg), *Arzt* (Wien), *Beck* (Pecs), *Bering* (Essen), *Bettmann* (Heidelberg), *Birnbaum* (Dortmund), *Bloch* (Zürich), *Bruck* (Altona), *Bruhns* (Charlottenburg), *Bruusgaard* (Oslo), *Cedercreutz* (Helsingfors), *Delbanco* (Hamburg), *Dind* (Lausanne), *Dinkler* (Aachen), *Dreyfus* (Frankfurt a. M.), *Fabry* (Dortmund), *Finger* (Wien), *Frei* (Breslau), *Freund* (Triest), *Frühwald* (Chemnitz), *Galewsky* (Dresden), *Gans* (Heidelberg), *Gennerich* (Kiel), *Grouven* (Halle), *Grütz* (Kiel), *Gutmann* (Wiesbaden), *Habermann* (Hamburg), *Hahn* (Bremen), *Hahn* (Hamburg), *Halberstaedter* (Berlin), *Hammer* (Stuttgart), *Hauck* (Erlangen), *Haxthausen* (Kopenhagen), *Hecht* (Prag), *Heller* (Charlottenburg), *Herxheimer* (Frankfurt a. M.), *Heuck* (München), *His* (Berlin), *Hoffmann* (Bonn a. Rh.), *Hofmann* (Frankfurt a. M.), *Hübner* (Elberfeld), *Jadassohn* (Breslau), *Jakobsthal* (Hamburg), *Jesionek* (Gießen), *Jeßner* (Breslau), *Jordan* (Moskau), *Junkermann* (Dortmund), *Justus* (Budapest), *Kerl* (Wien), *Klingmüller* (Kiel), *Kreibich* (Prag), *Kren* (Wien), *Krösing* (Stettin), *Kuznitzky* (Breslau), *Lennhoff* (Magdeburg), *Linser* (Tübingen), *Loeb* (Mannheim), *Löhe* (Berlin), *Lutz* (Basel), *Marcus* (Stockholm), *Martinotti* (Bologna), *Matzenauer* (Graz), *Mayr* (München), *Meirowsky* (Köln), *Meyer* (Bremen), *Mucha* (Wien), *Ernst Fr. Müller* (Hamburg), *Hugo Müller* (Mainz), *Rud. Müller* (Wien), *Mulzer* (Hamburg), *Naegeli* (Bern), *Nast* (Danzig), *Nathan* (Nürnberg), *Nobl* (Wien), *Notthafft* (München), *Oelze* (Leipzig), *Oppenheim* (Wien), *Pinkus* (Berlin), *Poehlmann* (München), *Polland* (Graz), *Pollio* (Turin), *Ramel* (Lausanne), *Rasch* (Kopenhagen), *Reenstierna* (Stockholm), *Riecke* (Göttingen), *Riehl* (Wien), *Rille* (Leipzig), *Ritter* (Hamburg), *Rosenthal* (Berlin), *Rost* (Freiburg), *Ruete* (Marburg), *Rusch* (Wien), *Samberger* (Prag), *Scherber* (Wien), *Schönfeld* (Greifswald), *Scholtz* (Königsberg), *Schreus* (Düsseldorf), *Siemens* (München), *Sowade* (Halle), *Spiethoff* (Jena), *Stein* (Wien), *Stern* (Düsseldorf), *Stühmer* (Münster), *Stümpke* (Hannover), *Török* (Budapest), *Truffi* (Padua), *Ullmann* (Wien), *Unna* (Hamburg), *Vogel* (Breslau), *Volk* (Wien), *Wechselmann* (Berlin), *Werther* (Dresden), *Wichmann* (Hamburg), *Winternitz* (Prag), *Wirz* (München), *Zieler* (Würzburg), *Zinsser* (Köln), *v. Zumbusch* (München), *Zurhelle* (Bonn a. Rh.)

Digitized by Google

Personalien und Tagesnachrichten.

Dr. *Alfred Marchionini* in Freiburg i. Br. hat sich für Dermatologie habilitiert, ebenso Dr. *Heinrich Hoffmann*, Oberarzt an der Univ.-Hautklinik in Tübingen.

Dr. *Karrenberg*, Assistenzarzt am städtischen Krankenhaus St. Georg in Hamburg, ist zum Sekundärarzt ernannt worden.

Prof. Dr. *Hugo Carl Plaut* ist am 18. Februar im 70. Lebensjahr gestorben. Durch seine Pilzforschungen und Arbeiten über die Plaut-Vincentsche Angina hat er sich auch um die Dermatologie besonders verdient gemacht.

Prof. *Peter Alexandrowitsch Pawlow* ist nach längerem Leiden im 72. Lebensjahr verstorben.

In *Jena* ist nunmehr auch ein *planmäßiges Ordinariat* eingerichtet worden, das dem bisherigen persönlichen Ordinarius, Herrn Prof. Dr. *Spiethoff* übertragen worden ist. Von *23 reichsdeutschen Professuren* für Haut- und Geschlechtskrankheiten sind nunmehr *17 planmäßig*, während 6, davon 5 in Preußen (Greifswald, Halle, Kiel, Königsberg, Marburg), und eine im übrigen Deutschland (Erlangen) noch kein planmäßiges, sondern nur ein persönliches Ordinariat besitzen.

Die Univ.-Hautklinik in Münster i. W. (Direktor Prof. *Stühmer*) wurde am 18. Februar 1928 feierlich eingeweiht.

Unter dem Namen *Endokrinologie* wird als Zentralblatt für das Gebiet der innern Sekretion und Konstitutionsforschung eine neue Zeitschrift von *L. Asher*, Bern und *A. Biedl*, Prag und *H. Günther*, Leipzig im Verlag J. A. Barth, Leipzig herausgegeben, welche in monatlichen Heften das gesamte Gebiet in Originalien und Referaten zur Darstellung bringen soll.

Unter der Schriftleitung von *C. J. Gauß*, Würzburg, *Herm. Wieland*, Heidelberg und *E. v. d. Porten*, Hamburg ist im Verlage von Wilh. Kurt Kabitzsch, Würzburg eine neue Zeitschrift „*Der Schmerz*" erschienen, die sich als Deutsche Zeitschrift zur Erforschung des Schmerzes und seiner Bekämpfung, zugleich Zentralorgan für Narkose und Anästhesie bezeichnet. Von Dermatologen ist Prof. *Zieler*, Würzburg Mitherausgeber.

Riedels Mentor 1928 Idra-Verlag, Berlin-Britz. Als zweite Fortsetzung des wertvollen im Jahre 1926 herausgegebenen Sammelbandes erscheint dieser Nachtrag, der die letzten Neuerscheinungen berücksichtigt.

Digitized by Google

I.

(Aus der Hautklinik der kgl. ital. Universität in Palermo
[Direktor: Prof. *Philippson*].)

Die Serodiagnose der Syphilis mit aktiven Seren.

Von

Dr. LEOPOLD BERETVÀS.

1.

In einer früheren Arbeit beschrieb ich eine neue Technik der Hechtschen Reaktion (H.R.). Diese Technik baut sich auf dem sehr genauen Studium der hämolytischen Kraft der einzelnen Seren auf. Auf Grund der ersten Ergebnisse konnte ich bereits in dieser Arbeit der Meinung Ausdruck geben, daß die H.R., angestellt mit meiner Technik, die Wa.R. ersetzen kann. Inzwischen wurde eine beträchtliche Zahl von Seren nach dieser Methode untersucht, und da die Resultate mich in meiner früher ausgesprochenen Meinung nur bestärken, will ich diesmal auf die Besprechung der Resultate genauer eingehen. Vorher möchte ich es aber nicht unterlassen, auf gewisse, zum Teil bereits in meiner früheren Arbeit beleuchteten Einzelheiten hinzuweisen.

2.

Der Zweck, den *H.* seinerzeit mit seiner Reaktion befolgte, war die Vereinfachung der Wa.R. Während wir in dieser — so sagte der Autor — dem inaktivierten Serum noch frisches Meerschweinchenserum und hämolytischen Ambozeptor hinzufügen müssen, enthält das frische menschliche Serum selbst diese beiden Faktoren der Hämolyse, und wir haben der Hauptprobe nur Hammelblut hinzuzufügen, um das Verschwinden oder noch Vorhandensein des Komplementes festzustellen. Zweifellos also eine bedeutend einfachere Technik und Materialersparnis.

Hierzu möchte ich nur bemerken, daß man, wie dies aus dem folgenden hervorgeht, die H.R. nicht so ohne weiteres eine Vereinfachung der Wa.R. nennen kann. Was das Prinzip der H.R. anbelangt, so ist hervorzuheben, daß selbes ein anderes ist als dasjenige, das der Wa.R. zugrunde liegt. Es handelt sich hier nicht allein um die Fixation des Komplementes, sondern um eine Reaktion, welche die hämolytische individuelle Kraft des Serums zum Indikator hat, in der aber das frische Serum auch mit allen anderen seinen Eigenschaften teilnimmt, die wir gar nicht kennen, die aber in der Reaktion zum Ausdruck kommen.

Die Inaktivation hat eben zur Aufgabe die Nivellierung der Seren, wodurch erst ein Teil der individuellen Serumeigenschaften ausgeschaltet wird

Digitized by Google

und ein mehr schematisches Arbeiten nach der Technik der Wa.R.. ermöglicht wird. Daß das Serum trotz der Inaktivation außer der uns vom Standpunkte der Syphilisdiagnose interessierenden Qualitäten noch andere individuelle Eigenschaften bewahrt, die auch ihren Teil an dem Ausgang der Reaktion haben, ist freilich nicht gleich beachtet worden, und wird oft auch heute noch nicht berücksichtigt. Ich meine in erster Reihe die Eigenschaften des Serums, die ihre individuelle antikomplementare Eigenschaft zur Folge haben.

Die genaue Kenntnis dieser Serumeigenschaft hat sicherlich dazu beigetragen, daß Wassermann eine Originaltechnik für seine Reaktion angab, bei der diese Eigenschaft eben nicht zum Ausdruck kam. Aus denselben Gründen war er konsequenter Gegner der verschärften Methoden und des Arbeitens mit aktiven Seren. Die ersten Resultate der H.R., ausgeführt nach den ersten Angaben ihres Autors, waren freilich nicht geeignet, eine andere Meinung aufkommen zu lassen.

3.

So kam es nun, daß die H.R. in Deutschland und Italien wenig Anhänger fand, und man im allgemeinen der Meinung war, daß das frische menschliche Serum nicht geeignet sei zu serodiagnostischen Zwecken der Syphilis.

Mehr Glück hatte die H.R. in Frankreich, aber auch hier war sie nur ausgeführt neben der Wa.R., da man nicht selten positiven Ausfall hatte mit normalen Seren, was dazu führte, daß ein schwach positives Ergebnis mit dieser Reaktion nicht ohne weiteres verwertbar war.

Hecht selbst war der Meinung, diese schwache Seite der Reaktion mit in Kauf nehmen zu müssen, und betonte demgegenüber gewisse Vorteile der Reaktion. So besonders den großen Wert der negativen Ergebnisse. Eine negative H.R. neben einer schwach positiven Wa.R. in einem Serum mit unklarer Anamnese sollte nämlich mit voller Sicherheit die Syphilis ausschließen. In demselben Sinne äußerten sich *Rubinstein, Weinberg, Bettancourt.* Andererseits bestätigt eine stark positive H.R. eine zweifelhafte Wa.R. Auch ist die H.R. ein empfindlicherer Indikator während einer antisyphilitischen Kur, weil sie in der Primärsyphilis früher ins Positive umschlägt als die Wa.R., und unter der Wirkung der Kur später verschwindet.

Hierzu wäre vorerst zu bemerken, daß die Resultate der Wa.R. sowie auch diejenigen der H.R. das Ergebnis einer rein empirischen Einstellung der einzelnen Faktoren sind. Tatsächlich führt aber die meistens geübte scharfe Einstellung der Wa.R. mit den hohen antikomplementären Gebrauchsdosen der Extrakte häufig zu zweifelhaften Resultaten. Wenn man nun dieselben Seren auch mit H.R. untersucht — sei es auch nach der letzten Modifikation ihres Autors —, bekommt man fast

Digitized by Google

immer ein noch stärkeres positives Ergebnis, so daß es als Regel gelten kann, daß, wenn ein normales Serum sich schwach positiv zeigt in der Wa.R., es ein deutliches positives Resultat gibt in der H.R. Auf diese Weise führt die H.R. häufig dazu, uns in einer falschen serologischen Diagnose zu bestärken, und kaum dazu, daß wir auf Grund einer negativen H.R. eine unspezifische Wa.R. als solche erkennen.

Ich kann also nicht die Meinung *Hechts* u. a. teilen, über die oben erwähnten vermeintlichen Vorteile der H.R., auch schon deshalb nicht, weil wir in der Wa.R. selbst eine Methode in der Hand haben, die uns diesen Dienst leisten kann, d. h. alle syphilitischen Seren anzuzeigen mit einem gewissen Prozentsatz unspezifischer Reaktion. Dazu bedürfen wir also nicht einer besonderen Methode. Es genügt, die Wa.R. mit zwei Extraktdosen auszuführen, wovon die eine die Hälfte der bereits antikomplementären Menge nicht überschreiten darf und zur Untersuchung von Seren dienen soll, die wir eventuell als syphilitische diagnostizieren, ohne außer dem serologischen Befunde andere Stützpunkte für ihre Krankheit zu haben. Die Seren hingegen von bekannt syphilitischer Herkunft, vorerst also von Individuen, die in Behandlung stehen, können mit einer höheren Extraktmenge untersucht werden. Bekommt man nach einer Kur auch mit dieser größeren Menge ein negatives Ergebnis, so ist das gewiß ein gutes Zeichen. Zur Untersuchung unbekannter Seren kann aber diese Extraktmenge nicht gebraucht werden.

4.

Obzwar es nicht an Autoren gefehlt hat (*Brückner, Galasesco, König, Werther, Demanche-Ménard, Gelarie* usw., siehe Literaturverzeichnis bei *Hecht,* Derm. Wschr. 1922), die bedingungslose Anhänger der H.R. sind, gibt es deren nicht wenige, besonders in Deutschland und Italien, die sie nicht angewendet wissen wollen oder höchstens neben der Wa.R. (*Donald, Höhne, Kolb* usw.).

Pasini erklärt zwar die H.R. noch als die beste unter den Modifikationen der Wa.R., sagt aber im allgemeinen, daß die Modifikationen der Wa.R. an Exaktheit verlieren, was sie an Einfachheit gewinnen.

Günstiger urteilen *Radaeli* und *Burzi* über die Reaktion.

Derjenige übrigens, der am wenigstens mit der H.R. zufrieden war, war gerade ihr Autor. Er schlug zahlreiche Änderungen der Technik vor, auch nahm er die geeigneten Besserungsvorschläge anderer an. Es war da vorerst die Modifikation nach *Weinberg,* weshalb auch die Reaktion häufig den Namen *Hecht-Weinberg* trägt, die einen bedeutenden Fortschritt in der Technik der H.R. bedeutete.

Weinberg übernimmt es aber nicht, mit der H.R. allein jedes Serum untersuchen zu können. Und gerade da liegt der schwache Punkt seiner Technik. Es gibt nämlich meiner Erfahrung nach eine nicht unerhebliche Zahl von Seren, deren eventuelles positives Resultat nach dieser Technik nicht verwertbar wäre, weil ihre hämolytische Kraft nicht den speziellen Bedingungen der Weinbergschen Technik entspräche.

Erwähnen möchte ich schließlich die Technik nach *Muttermilch,* wonach heute im Pasteurschen Institut in Paris und somit wohl in ganz Frankreich gearbeitet wird. Nach dieser Technik wird ein jedes Serum mit 0,30—0,60—0,90

Digitized by Google

von Hammelblutkörperchen untersucht, und soll man für die Hauptprobe den dritten Teil oder höchstens die Hälfte der nach 1½ Stunden gelösten Blutkörperchenmenge anwenden. Die Hauptprobe wird in 30—40 Minuten nach Hinzufügung der Blutkörperchen abgelesen.

5.

Es waren nun zweifelsohne in erster Linie die unspezifischen Reaktionen, die die Autoren zu einer Verbesserung der H.R. anregten. *Weinberg*, *Muttermilch*, *Radaeli* schreiten zu diesem Zwecke in sehr richtiger Weise zum genaueren Studium der hämolytischen Kraft des einzelnen Serums. Wenn diese Autoren trotzdem noch eine nicht unerhebliche Zahl unspezifischer positiver Reaktionen erhalten, so ist meiner Ansicht nach der Grund dafür, daß sie sich — wie dies übrigens bei den gewöhnlich befolgten Techniken auch der Wa.R. üblich ist — darauf beschränken, die Ablesungen der Resultate so der Titrierungen, wie der Hauptproben nach einer bestimmten Zeit vorzunehmen, ohne Gewicht darauf zu legen, die wirklichen Lösungszeiten zu erfahren. Und doch ist es nur durch die Kenntnis dieser Daten möglich, einen eigentlichen Einblick in das Individuelle der hämolytischen Kraft zu bekommen und die nicht spezifischen Reaktionen zu vermeiden.

Ein Beispiel soll besser als Worte die Bedeutung beleuchten, die wir der fortlaufenden Beobachtung der Hämolyse zuschreiben. Zwei Seren wurden in je sechs Röhrchen in der jeweiligen Menge von 0,20 ccm mit aufsteigenden Mengen von Blutkörperchen versetzt, der Vorgang der Hämolyse durch die Glastür des von innen beleuchteten Thermostaten durch eine halbe Stunde fortlaufend beobachtet und die einzelnen Lösungszeiten aufgezeichnet.

Rote Blutkörper. ccm	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7
Serum A. (0,20) löst in	2′ 30″	3′ 30″	4′ 30″	5′ 30″	7′	8′
Serum B. (0,20) löst in	6′	9′	12′	16′	26′	partielle Hämolyse

Es ist ohne weiteres klar, daß, wenn man die Ablesung nach einer vorher bestimmten Zeit vornimmt, z. B. nach einer Stunde, die beiden oben untersuchten Seren keinen Unterschied in ihrer hämolytischen Kraft zeigen werden, da man zu diesem Zeitpunkt in allen Röhrchen beider Seren Hämolyse vorfinden wird. Wendet man nun auf Grund dieses Resultates in der Hauptprobe dieselbe Menge Blutkörperchen für die beiden Seren an, so werden diese Seren, die eigentlich eine sehr verschiedene hämolytische Kraft haben, vor eine ungleiche Aufgabe gestellt, die im Falle des Serums B zu einer Hemmung der Hämolyse führen kann, auch wenn Serum B ein normales Serum ist.

Die Erkenntnis der großen Bedeutung dieser Verhältnisse hat mich eben dazu geführt, systematisch in der eben angegebenen Weise den Vorgang der Hämolyse fortlaufend zu beobachten, und ich bin schließlich auf Grund der Resultate dazu gekommen, die Seren je nach ihrer hämolytischen Kraft in vier Gruppen einzuteilen:

Digitized by Google

1. Seren, die in einer halben Stunde in der Quantität von 0,20 ccm, 0,50 ccm oder noch mehr Blutkörperchen zu lösen vermögen;
2. Seren, die höchstens 0,40 oder 0,30 ccm Blutkörperchen zu lösen vermögen;
3. Seren, für die die höchste auflösbare Blutkörperchenmenge 0,20 ccm ist;
4. Seren, die gar keine hämolytische Kraft besitzen.

6.

Die Möglichkeit der unspezifischen Resultate, verursacht durch die übliche Ablesung der Hämolyse in der Titrierung nach einem festgesetzten Zeitpunkt, wird dann noch erhöht durch die auf derselben Art vorgenommene Ablesung der Hauptproben. Bei dieser Ablesung werden ohne weiteres als positiv erklärt alle diejenigen Seren, deren Hauptproben nicht gelöst hat, wenn bloß im Moment der Ablesung die Kontrolle des betreffenden Serums gelöst hatte. Hierbei wird die Möglichkeit außer Acht gelassen, daß eventuell die Hämolyse in der Serumkontrolle erst wenige Minuten vor der Ablesung zu Ende gehen konnte, und diese schwache hämolytische Kraft des Serums eine durch Syphilis bedingte Hemmung in der Hauptprobe vortäuschen kann, wozu noch die wenn auch noch so geringe antikomplementäre Wirkung des Extraktes auch beiträgt.

Andererseits können der Ablesung schwache Hemmungen entgehen, die aber tatsächlich durch die Syphilis bedingt sind. Und dies im Falle eines Serums mit starker hämolytischer Kraft. In Kontrollröhrchen dieser Seren stellt sich dann die Lösung ein, wenige Minuten, nachdem selbige in dem Thermostaten gewesen sind, während die Hauptprobe sehr verzögert nachlöst, aber noch genügend rasch, um daß diese Verzögerung bei der Ablesung nicht mehr bemerkbar sei, so daß das Serum als negativ verbucht wird.

7.

Der Weg, der uns zwischen Szylla und Charybdis durchführt, ist derselbe, der von meinem Chef, Prof. *Phillipson*, in seiner Modifikation der Wa.R. gegangen wurde. Nach dieser Technik nehmen wir die Ablesung nicht zu einem für allemal festgesetzten Zeitpunkt vor, sondern betrachten fortlaufend den Vorgang der Lösung und zeichnen auf die Zeit, welche die Serumkontrolle einerseits, die Hauptprobe anderseits zur Lösung brauchen. Das Gegenüberstellen dieser beiden Zeiten wird es uns ermöglichen, eine eventuelle Hemmung der Reaktion als abhängig von der schwachen hämolytischen Kraft des betreffenden Serums zu erkennen, auch bekommen wir auf diese Weise ein Maß der Reaktionsstärke der syphilitischen Seren in die Hand.

Digitized by Google

Ausgehend von diesem Prinzip gestaltet sich die Technik der H.R. wie folgt:

Das Serum wird benutzt in der Menge von 0,20 ccm, vier Röhrchen dienen zur Titrierung der hämolytischen Kraft, eines für die Hauptprobe, eines für die Serumkontrolle. Dem Serum in den ersten beiden Röhrchen werden je 0,80 ccm phys. Kochsalzlösung hinzugefügt, und selbe auf eine halbe Stunde in den Thermostaten gestellt. Nachher werden steigende Mengen (0,20—0,50) Hammelblutkörperchen hinzugesetzt, und die Lösung wird beobachtet, indem man die Zeit aufzeichnet, in der die Lösung in den einzelnen Röhrchen sich eingestellt hat, um auf diese Weise die Menge der Blutkörperchen festzustellen, welche in der Hauptprobe angewendet werden sollen, und die verschieden sein wird, je nach der Gruppe, welcher das Serum angehört.

1. Der Blutkörperchentiter der zur ersten Gruppe gehörenden Seren wird 0,30 ccm sein. Im Falle eines hohe hämolytische Kraft besitzenden Serums, das auch 0,50 ccm Blutkörperchen in sehr kurzer Zeit löst, muß die Titrierung der hämolytischen Kraft des betreffenden Serums auch mit 0,60 und 0,70 ccm Blutkörperchen durchgeführt werden, und wenn auch diese Mengen in regelmäßigen Zeitabständen gelöst werden, so wird die Hauptprobe dieses Serums mit 0,40 resp. 0,50 ccm Blutkörperchen angesetzt.

Überhaupt ist es selbstverständlich, die hier angegebene Technik nur als Richtlinie aufzufassen, und es entspricht durchaus den Prinzipien dieser Technik, wenn man für die Titrierung der hämolytischen Kraft systematisch mehr als vier Röhrchen anwendet, indem man das Serum auch mit 0,60 und mehr Blutkörperchen auf seine hämolytische Fähigkeit untersucht. Der so gewonnene Einblick in die hämolytische Kraft des Serums wird dadurch nur lehrreicher und die Sicherheit in der Auswahl der für die Hauptprobe anzuwendenden Blutkörperchen größer.

2. Die Seren, die 0,40 ccm Blutkörperchen als Höchstmenge lösen, werden in der Hauptprobe mit 0,20 ccm angesetzt.

3. Die Seren, die nicht mehr als 0,30 ccm Blutkörperchen innerhalb einer halben Stunde zu lösen imstande sind, werden in der Hauptprobe mit 0,10 ccm Blutkörperchen untersucht.

4. Die Seren, welche eine noch geringere oder überhaupt keine hämolytische Fähigkeit besitzen, werden mit einem der ersten Gruppe angehörendem normalen Serum in der Menge von 0,20 ccm versetzt. Nach vorgenommener Titrierung wird nun die Hauptprobe mit ihrer Kontrolle angesetzt. In der Hauptprobe wird dem Serum (0,20) phys. Kochsalzlösung (0,30) hinzugefügt und die Gebrauchsdosis des Extraktes in 0,50 ccm Flüssigkeitsmenge. Im Kontrollröhrchen werden dem Serum nur phys. Kochsalzlösung (0,80 ccm) zugesetzt.

Nach halbstündigem Aufenthalt in Thermostat fügt man den beiden Röhrchen die Menge an roten Blutkörperchen zu, welche die vorangehende Titrierung der hämolytischen Kraft des betreffenden Serums ergeben hat, mischt und beobachtet die Hämolyse.

Die normalen Seren, deren Lösungswerte in der Vorprobe durch nahe aufeinander folgende Ziffern gegeben sind, lösen in der Hauptprobe mit einer leichten Verzögerung, die nie bis zur zweifachen geht, im Vergleiche zur Lösungszeit des eigenen Kontrollröhrchens. Die syphilitischen Seren hingegen lösen überhaupt nicht oder mit einer Verzögerung, die über das Doppelte der Lösungszeit des Kontrollröhrchens geht. Falls aber die Lösungszeiten des betreffenden Serums in der hämolytischen Vorprobe mit längeren Intervallen

Digitized by Google

aufeinander folgen, so dient als Maßstab die Zeit, welche das Serum zur Lösung der höchsten gelösten Blutkörperchenmenge gebrauchte. Und zwar handelt es sich um ein Serum der ersten Gruppe, so richtet man sich nach der Lösungszeit, welche das Serum benötigte, um 0,50 ccm Blutkörperchen zu lösen. Überschreitet die Lösungszeit der Hauptprobe die Lösungszeit von 0,50 ccm Blutkörperchen, so ist das Serum syphilitisch. Ähnlich geht man vor mit den Seren der zweiten resp. dritten Gruppe, indem man sich nach der Lösungszeit der Hauptprobe von 0,40 resp. 0,30 ccm Blutkörperchen richtet.

Die Titrierung des Extraktes wird natürlich nach ganz anderen Gesichtspunkten durchgeführt wie in der Wa.R., wo man nur die antikomplementäre Menge des Extraktes festzustellen hat, um die Gebrauchsdosis bestimmen zu können, da doch die Komplementmenge immer dieselbe bleibt. In der H.R. müssen hingegen Proben angesetzt werden mit den verschiedenen Serumtypen, und die Gebrauchsdosis des Extraktes muß so gering gewählt werden, daß selbe keine Hemmungen gebe mit normalen Seren, die schwache hämolytische Kraft besitzen, aber doch genug hoch sei, um die syphilitischen Seren anzuzeigen, die starke hämolytische Kraft besitzen.

8.

Ich bin mir wohl bewußt, daß die somit geschilderte Technik auf den ersten Blick den Schein hat, kompliziert zu sein. Sie ist es aber nicht, nur fordert selbige das geduldige Studium der einzelnen Seren und schließt ein schematisches Arbeiten aus. Daß es dadurch schwierig wird, eine große Anzahl von Seren gleichzeitig zu untersuchen, will ich ohne weiteres zugeben, ich muß aber auch gleich hinzufügen, daß ich es nie recht verstanden habe, wie dies überhaupt möglich sei. Die Untersuchung eines Serums fordert genau so wie die Krankenuntersuchung Geduld und Liebe zum Objekt und individuelles Vorgehen, was übrigens auch nur möglich ist, wenn man den Kranken selbst kennt. Man wird doch zugeben müssen, daß dies bei der Untersuchung von 100 und mehr Seren, wie man dies in den Angaben einzelner großer Laborationen liest, unmöglich ist. Die Folge ist schematisches Arbeiten, ja, man trachtet geradezu nach den Möglichkeiten der schematischen Arbeit. Und daß dies seine gesetzmäßigen üblen Folgen haben muß, dafür besteht für mich kein Zweifel.

9.

Die praktische Anwendung der H. R. probierte ich aus an Seren, die zugleich mit der Wa.R. und Meinickes Trübungsreaktion (M.T.R.) untersucht wurden. Die M.T.R. ist ohne Zweifel die gelungenste unter den Flockungsreaktionen. Dafür sprechen die Resultate zahlreicher Forscher und auch meine eigene Erfahrung. Dies war auch einer der Gründe, die mich zum Studium der H.R. bewegt haben. Wenn die M.T.R., die

Digitized by Google

ebenfalls mit aktiven Seren arbeitet, sich praktisch so gut bewähren konnte — so sagte ich mir —, konnte man doch nicht recht weiter Vorurteil hegen gegen das Arbeiten mit frischen Seren.

Andererseits dachte ich an die Möglichkeit, die vom Fehler der häufigen Unspezifität befreite H.R. neben der M.T.R. auszuführen, und schwebte mir somit vor, eine *Serodiagnostik der Syphilis ausschließlich mit aktiven Seren.*

Es wurden 2307 Seren zugleich mit der H.R., der M.T.R. und Wa.R. untersucht.

Diese Seren verteilen sich wie folgt: Primäraffekte 60; frische sek. Syphilis 37; spätere sek. Syphilis 19; tertiäre Syphilis 86; hereditäre Syphilis 14; latente Syphilis 1224; Tabes 10; Paralysis progr. 8; nicht syphilitische Seren 849.

Die Resultate habe ich der leichteren Übersicht halber in einer Tabelle zusammengestellt.

									Gesamtzahl
H.R.	+	+	+	+	—	—	—	—	
M.T.R.	+	—	+	—	+	+	—	—	
Wa.R.	+	—	—	+	—	+	+	—	
Primäraffekt	19	6	10	2	5	6	0	12	60
Frische sek. Syph.	33	1	1	0	2	0	0	0	37
Späte sek. Syph.	17	0	0	1	1	0	0	0	19
Tertiäre Syphilis	57	7	5	2	4	3	2	6	86
Hered. Syphilis	8	3	2	0	1	0	0	0	14
Latente Syphilis	206	60	105	17	126	24	21	665	1224
Tabes	0	1	3	1	0	0	1	4	10
Progr. Paralyse	6	0	1	1	0	0	0	0	8
Nicht syph. Seren	1	4	0	1	4	0	0	0	849

Um die wenigen unspezifischen Resultate vorwegzunehmen, handelte es sich in dem Falle, wo alle drei Reaktionen ein positives Ergebnis lieferten, um Malaria. In den anderen Fällen konnte man keinen Anhaltspunkt für Syphilis finden. Hinzufügen muß ich aber, daß alle diese unspezifischen Befunde sich unter den Resultaten der allererst angeführten Reaktionen befinden, während die letzt untersuchten 700 nicht syphilitischen Seren alle negativ ausfielen.

Besonders hinweisen möchte ich dann auf die Resultate der primären Syphilis, und zwar auf die Tatsache, daß die Wa.R. in keinem Falle die einzige positive Reaktion war, was dann auch mit der anderen Tatsache parallel ging, daß die Wa.R. die meisten negativen Resultate gab. Eine allzugroße diagnostische Bedeutung hat ja dies allerdings nicht, denn die Diagnose auf Primäraffekt wird ja entweder schon klinisch oder auf Grund

Digitized by Google

des Dunkelfeldbefundes gestellt, und ist der serologische Befund der Primärsyphilis eher für die Therapie wichtig.

Zur eigentlichen Beurteilung des diagnostischen Wertes einer serologischen Untersuchung der Syphilis eignen sich hingegen am besten die Befunde der latenten Syphilis. Daß eine serodiagnostische Reaktion der Syphilis, die diesen Namen verdienen soll, einen jeden oder fast jeden Fall frischer sekundärer Syphilis anzeigen muß und möglichst keine unspezifischen positiven Befunde liefern darf, das muß nicht noch besonders hervorgehoben werden.

Wie aus der obigen Tabelle hervorgeht, hätte die alleinige Ausführung der Wa.R. 21,8 % diejenige der H.R. 31,6 % und diejenige der M.T.R. 37,6 % positive Ergebnisse in der latenten Syphilis geliefert, was also bedeutet, daß die M.T.R. die meisten, die Wa.R. die wenigsten positiven Resultate gab. Die Nichtausführung der H.R. und der M.T.R. hätte auf die Gesamtzahl der positiven Resultate der latenten Syphilis bezogen, 52,5 % weniger positive Resultate zur Folge gehabt. Da andererseits die positiven Resultate, die *allein* durch die Wa.R. geliefert wurden, 1,7 % ausmachen, auf die Gesamtzahl der latent syphilitischen Seren berechnet und 3,7 % der positiven Ergebnisse bei diesen Seren ausmachen, während die Ziffern betreffend die H.R. bzw. die M.T.R. 4,9 % und 10,7 % bzw. 10,2 % und 22,5 % sind, so glaube ich, folgenden *Schluß* ziehen zu können:

Die mit unserer Technik ausgeführte H.R. liefert eine größere Zahl positiver Ergebnisse in der latenten Syphilis als die Wa.R.

Da man es in der Hand hat, dem eventuellen ungenügenden oder fehlenden hämolytischen Vermögen einzelner Seren nachzuhelfen, kann ein jedes Serum mit der H.R. untersucht werden, die demnach die Wa.R. ersetzen kann. Soll dann noch der Vorteil der oben angedeuteten Methode einer Serodiagnose der Syphilis mit ausschließlich frischen Seren erwogen werden, so muß man auf die Frage antworten, ob die M.T.R., welche die meisten positiven Ergebnisse geliefert hat, vorteilhaft mit der Wa.R. kombiniert wird, oder eine Kombination mit der Wa.R. vorzuziehen wäre. Warum ich die Frage so stelle, ist ohne weiteres klar. Wenn ich nur eine der hier besprochenen Reaktionen anwenden soll, so wähle ich unbedingt die M.T.R. Soll ich deren zwei ausführen, so muß ich wählen zwischen der Wa.R. und der H.R. Natürlich kann man mir einwenden, warum denn nicht alle drei ausführen. Selbstverständlich kann man das. Man kann

Digitized by Google

aber mit dieser Denkweise auch fünf und mehr Methoden immer zugleich ausführen, und immer werden sich einzelne Seren finden, die nur durch eine der angewendeten Methoden als syphilitisch angezeigt werden. Ich glaube kaum, daß dies der Mühe und der Zeit wert ist.

Wenn ich also die H.R. und die M.T.R. anwende, so erfasse ich damit 96,3 % aller positiven Resultate, die man durch die Anstellung der drei Reaktionen bekommt, wie dies übrigens aus der oben ausgeführten Zahl hervorgeht (3,7 %), die den Anteil der Wa.R. an den positiven Ergebnissen angibt. Mit der Kombination Wa.R. und M.T.R. erfasse ich dagegen nur 89,3 % der positiven Resultate, die alle drei Reaktionen liefern, weil der Anteil der H.R. 10,7 % ist.

Wenn man also nach meinen Ergebnissen an latent syphilitischen Seren, auf 1,7 % positive Reaktionen bezogen, auf alle latenten Seren verzichtet, kann man die Serodiagnose der Syphilis auf die Ausführung der H.R. und der M.T.R. beschränken, und kann man sich von der kostspieligen und komplizierten Wa.R. losmachen.

November 1927.

Literatur.

Beretvas, Studii sulla reazione di Hecht. Riv. di Patologia sperimentale. Vol. I. p. 165. — *Hecht,* Eine Vereinfachung der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis. Wiener kl. Wschr. 1908. Nr. 50. — *Derselbe,* Eine Vereinfachung usw. Ibidem. 1909. Nr. 10. — *Derselbe,* Zur Technik der Seroreaktion bei Syphilis. Ztschr. f. Immunitätsforsch. Orig.-Bd. 5. S. 572. — *Derselbe,* Meine Aktivmethode der Wa.R. bei Syph. Derm. Wschr. 1922. Nr. 13. S. 300. — *Derselbe,* Zur Technik meiner Aktivmethode der Seroreaktion bei Syphilis. D. med. Wschr. 1924. Nr. 40. — *Pasini,* La Wa.R. considerata specialmente dal punto di vista del suo valore clinico nella sifilide. Giorn. Ital. di Mal. Ven. 1914. p. 109. — *Radaeli,* Il metodo di Hecht e la reaz. di Sachs-Georgi in confronto alla Wassermann originale nella diagnosi della sifilide. Ibidem. 1921. p. 506. — *Derselbe,* Sul metodo di Hecht nella sierodiagnosi della sifilide. Ibidem. 1924. p. 1140. — *Burzi,* Osservazioni e note sulle reaz. di Wassermann nella lue e su alcune sue principali modificazioni. Ibidem. 1913. p. 629. — *Weinberg,* Technique rationelle de la réaction de fixation. Ann. de l'Ins. Pasteur. 1912. p. 424. — *Muttermilch,* La technique de sérodiagnostic de la syphilis actuellement employée à l'Inst. Pasteur à Paris. Ibidem. 1924. p. 827. — *Philippson,* Osservazioni intorno alla R.W. nella sifilide. Policlinico. 1914. Sez. med. p. 20. — *Cuccia,* La R.W. impostata a tempo. Policlinico. Sez. prat. 1921. p. 722. — *Beretvàs,* Sul metodo di Philippson e quello di Kaup per la prova della fissazione del complemento nella sifilide. Arch. di Patol. Clin. med. Vol. II. fasc. I. — *Derselbe,* La M.T.R. con sieri attivi ed estratti balsamizzati. Policlinico. Sez. Med. 1925. p. 465.

Digitized by Google

II.

Die biologische Bedeutung des Fibrins für den erkrankten Organismus, mit besonderer Berücksichtigung der Hauterkrankungen[1]).

Von

Dr. S. BERGEL.

Wenn ich heute über die biologische Bedeutung des Fibrins mit besonderer Berücksichtigung der Erkrankungen der Haut spreche, so beabsichtige ich nicht, alle diejenigen Hautkrankheiten einzeln aufzuzählen, bei welchen das Fibrin als anatomischer Befund irgendwie eine Rolle spielt, sondern mir kommt es wesentlich darauf an, die biologisch-funktionelle Bedeutung, die dem Fibrin in der Pathologie besonders der entzündlichen Hautkrankheiten in hervorragendem Maße zukommt, die aber selbst in den neuesten Werken überhaupt nicht erkannt und gewürdigt ist, ins rechte Licht zu rücken und auf die Konsequenzen hinzuweisen, die sich aus der Erkenntnis der wichtigen Rolle des Fibrins nicht bloß in theoretisch-wissenschaftlicher, sondern auch in praktisch-therapeutischer Beziehung ergeben. Ich möchte auf Grund pathologisch-anatomischer Befunde, tierexperimenteller und bakteriologischer Untersuchungen zeigen, daß das Fibrin nicht, wie man annahm, lediglich ein Krankheitsprodukt ist, das dem Organismus schädlich ist und die Heilung stört, daß folglich die fibrinösen Abscheidungen prinzipiell bekämpft und beseitigt werden müssen, sondern daß ebenso wie die seröse, so auch die fibrinöse Entzündung, letztere vielleicht sogar in noch höherem Maße, als ein Schutz- und Heilmittel des Körpers bewertet werden muß, auch wenn es ein Krankheitszeichen ist.

Um ein richtiges Verständnis der Bedeutung des Fibrins zu gewinnen, müssen wir von dem Erscheinungskomplex ausgehen, den wir unter dem Namen „Entzündung" zusammenzufassen pflegen. Dieser Begriff ist neben dem des „Fiebers" wohl der

[1]) Vortrag in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, gehalten am 13. Dezember 1927.

Digitized by Google

älteste, weil augenfälligste, in der Medizin, aber trotzdem auch heute noch in seiner Deutung und Umgrenzung ein sehr umstrittener.

Im Rahmen des heutigen Vortrages ist es allerdings nicht möglich, genauer darauf einzugehen, ich möchte daher auf die kurze Darstellung der „Biologie der Entzündung" verweisen, die ich 1925 in Nr. 35 der Klinischen Wochenschrift gegeben habe, und hier nur zusammenfassend erwähnen, daß wir zu dem Ergebnis gekommen sind, daß innerhalb der komplexen Reaktionserscheinungen, die das Symptomenbild der „Entzündung" zusammensetzen, ein ausgesprochenes Prinzip der Arbeitsteilung herrscht, weil jede ihrer einzelnen Komponenten nur bestimmte, durch ihre physiologischen Eigenschaften bedingte Funktionen zu verrichten imstande ist. Das Serum hat andere Fähigkeiten wie die weißen Blutkörperchen, die untereinander wieder differente biologische Funktionen besitzen, und das Fibrin hat wieder andere Eigenschaften, auf die wir nachher kurz eingehen wollen. Infolgedessen treten je nach der Verschiedenartigkeit des Entzündungsreizes auch verschiedene geformte und ungeformte Reaktionsstoffe des Körpers auf, und erst aus ihrem geordneten, dem jeweiligen Krankheitserreger entsprechend angepaßten Zusammenwirken resultiert die biologische Gesamtleistung des Entzündungsphänomens.

Um das Gesagte an dem Beispiel einiger entzündlicher Erkrankungen der Haut verständlich zu machen, und gleichzeitig die Vorzüge dieser ätiologischen und biologisch-funktionellen Betrachtungsweise gegenüber der bisherigen rein symptomatisch-anatomischen Beschreibung zu kennzeichnen, möchte ich kurz auf folgendes hinweisen.

Bei den gewöhnlichen, wesentlich eiweißartigen Eitererregern, den Staphylo- und Streptokokken tritt reaktiv eine Ansammlung von polymorphkernigen Leukozyten auf, weil diese infolge ihres proteolytischen Fermentes ihren Abbau bewirken können, während bei den Krankheiten, deren Erreger fetthaltig sind, bei der Tuberkulose, Syphilis, Lepra usw. in den entzündlichen Krankheitsprodukten vorwiegend lymphozytäre, also fettspaltende Reaktionszellen auftreten, von denen wir nachweisen konnten, daß sie einen auflösenden Einfluß auf die Tuberkelbazillen und Spirochäten besitzen.

Wenn wir in einem mikroskopischen Hautschnitt eine starke Vermehrung von polymorphkernigen Leukozyten vorfinden, so können wir das Vorliegen eines syphilitischen oder tuberkulösen

Digitized by Google

Krankheitsprozesses geradezu ausschließen, weil eben eiweißspaltende Entzündungszellen gegenüber fetthaltigen Entzündungserregern nicht reaktiv wirken können, wir werden vielmehr mit größter Wahrscheinlichkeit als Entzündungsursache die gewöhnlichen Eitererreger, Staphylo- oder Streptokokken annehmen können. Wenn wir umgekehrt eine ausgesprochene Lymphozytenansammlung in den entzündlichen Krankheitsprodukten vorfinden, so können wir unter den häufigeren Infektionen mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein einer syphilitischen oder tuberkulösen Erkrankung oder eines sonstigen fettartigen Antigens exogener oder endogener Natur annehmen, weil diese eine lipolytische lymphozytäre Reaktion erzeugen.

Die Entzündung stellt also eine Art veränderlichen und beweglichen, innersekretorischen, sagen wir Organsystems dar, dessen einzelne Komponenten ebenso wie die des Blutes und der Verdauungssäfte verschiedene Funktionen besitzen und entsprechend der Art des Krankheitsreizes gesondert oder meist in abgestimmten Kombinationen zur Wirksamkeit gelangen.

Es ist nun überaus merkwürdig, daß gerade die Substanz, die kaum bei einer Form der Entzündung fehlt, die bei allen Verletzungen gefäß- oder lymphhaltiger Gewebe sich bildet, die schon deswegen besonders hätte auffallen müssen, weil sie als vielleicht einzigartiges biologisches Phänomen unter normalen Verhältnissen im Organismus überhaupt nicht vorkommt, sondern nur unter pathologischen Bedingungen auftritt, das Fibrin, auch in der Dermatologie so wenig gewürdigt wurde, trotzdem es im Haushalt des erkrankten Körpers eine sehr hervorragende und bedeutungsvolle Rolle als Schutz- und Heilmittel spielt.

Bei allen entzündlichen und fieberhaften Krankheiten, die mit einer reaktiven heilsamen Hyperleukozytose einhergehen, ist auch eine vermehrte Fibrinbildung zu konstatieren, die Crusta phlogistica der alten Ärzte. Gleichzeitig lassen sich vielfach parallelgehende Beziehungen zwischen Hyperleukozytose, Antikörperbildung, Immunisierung und Fibringehalt nachweisen. Überall, wo die Intima der Gefäße, das Endothel der synovialen und serösen Häute krankhaft verändert sind, kittet, flickt, repariert das Fibrin die entstandenen Gewebsläsionen. Es ist ein geradezu typischer pathologisch-anatomischer Befund, daß jede Fibrinablagerung von einer Leukozytenansammlung, serösen Gewebsdurchtränkung, von Hyperämie, Granulations- und Bindegewebsneubildung, also von einer Heilwirkung gefolgt ist, ganz

Digitized by Google

gleichgültig, ob es sich um die Substitution eines fibrinösen Exsudates, die Anheilung eines transplantierten Gewebsstückes, die Organisation eines Thrombus, die membranartige Umgrenzung eines Eiterherdes oder um die Vorgänge bei der Wundheilung oder die beginnende Kallusbildung nach Knochenbrüchen handelt.

Ich konnte den experimentellen Nachweis erbringen, daß es bei gesonderter Untersuchung der einzelnen Blut- und Entzündungsbestandteile lediglich mit dem Fibrin gelingt, den gesamten Symptomenkomplex in derselben Weise und Reihenfolge künstlich zu erzeugen, wie er sich bei der Wundheilung, der Substitution fibrinöser Exsudate usw. abspielt, daß das Fibrin also infolge seiner biologischen Wirksamkeit den Anreiz, die Ursache und die Vorbedingung jener Heilvorgänge ist. Auch die fibrinöse Entzündung ist sowohl eine natürliche Folge des Entzündungsreizes, als auch innerhalb gewisser Grenzen eine zweckmäßige und heilsame Abwehrmaßregel des Körpers.

Durch subperiostale Injektionen von Fibrinemulsion gelang es mir, auch an nicht frakturierten Knochen starke kallöse Knochenneubildungen zu erzeugen, die mikroskopisch alle Entwicklungsstadien von der beginnenden Osteoplastenwucherung bis zum fertig ausgebildeten Knochen aufweisen.

Wir kommen zu dem Ergebnis, daß ohne Fibrin keine Wundheilung, keine Kallusbildung, keine Blutstillung zustandekommt.

Die Tatsache, daß die Blutgefäße durch Fibrinbildung verstopft werden und daß neben ihrer Kontraktion wesentlich dadurch die Blutung zum Stehen gebracht wird, führte zu der sehr erfolgreichen therapeutischen Anwendung des Fibrins bei Blutungen verschiedenster Art.

Mit dem experimentellen Nachweis, daß das Fibrin die biologische Fähigkeit besitzt, die Granulationsbildung anzuregen, daß es somit eine notwendige Vorbedingung für das Zustandekommen der Wundheilungsvorgänge bildet, und daß es die Fähigkeit besitzt, das Periost in spezifischer Weise zur Knochenneubildung anzuregen, alles physiologische Eigenschaften, die dem Serum, den roten Blutkörperchen und auch dem defibrinierten Blute abgehen, ist jedoch seine hervorragende Bedeutung als Schutz- und Heilmittel noch nicht erschöpft.

Das Fibrin vereinigt zwei verschiedene heilsame Eigenschaften in sich, eine die Krankheitsursache schädigende und eine die Heilungsvorgänge anregende. Besonders gilt das vom Exsudatfibrin, das sich zwar prinzipiell in nichts vom Blutfibrin

Digitized by Google

unterscheidet, graduell aber insofern gewisse Unterschiede aufweist, als es neben der granulationsanregenden noch stärkere bakterizide Eigenschaften besitzt, wie ich experimentell nachweisen konnte.

Betrachten wir einmal die Wirkungen des Fibrins bei der Wundheilung und bei Geschwüren. Eine einfache Schnittwunde z. B. heilt von selbst. Das Fibrin, das sich in dem Wundbereich und auf der Wundoberfläche abscheidet, ist nicht bloß die Ursache der Blutstillung, der Verklebung der Wundränder und der granulationsanregenden, also die eigentlichen Reparationsvorgänge auslösenden Wirkung, sondern es bildet gemeinsam mit den anderen Abwehrstoffen ein biologisches Schutzmittel auch bakterizider Art für die Wunde. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß eine bloß mit einer dünnen Fibrinschicht bedeckte Wundfläche, sofern erstere nur intakt ist, schwer oder gar nicht infizierbar ist, weil dieses Abwehrmittel des Körpers mit einer geringen Anzahl wenig virulenter Keime ohne weiteres fertig wird. Ist aber die Wunde durch viele und virulente Krankheitserreger infiziert, so kommt es nicht bloß zu einer stärkeren Exsudation von Serum und einer massenhaften Ansammlung von weißen Blutkörperchen, sondern auch zu einem dickeren fibrinösen Belag, der infolge der adsorptiven, bakteriziden und granulationsanregenden Wirkungen des Fibrins einesteils die Infektionserreger vernichten hilft, und anderenteils die Regeneration anzuregen berufen ist, so daß die Wunde sich dann „reinigen" und vernarben kann. Die alte Anschauung, daß Wunden mit fibrinösem Belag eine Infektion begünstigen, daß der Fibrinbelag einen guten Nährboden für Krankheitserreger darstelle, ist irrtümlich und bedeutet eine Verkennung der Tatsachen, eine Verwechslung von Ursache und Wirkung. Der Fibrinbelag ist nicht die Ursache der Infektion, sondern seine Folge. Die Verhältnisse liegen so, daß bei einer nicht infizierten Wunde eine geringe Schicht von Fibrin genügt, um sie weiterhin zu schützen und die Reparationsvorgänge, die Granulationsbildung anzuregen. Wird indessen die Wunde infiziert, so bildet sich als Reaktion, als Abwehr dagegen nicht bloß eine stärkere seröse Durchtränkung und eine größere Ansammlung von weißen Blutkörperchen, sondern es entsteht auf der Wunde auch ein dickerer fibrinöser Belag.

Wählen wir als Beispiel zur Bekräftigung der hier vorgetragenen Anschauung das sehr häufige Krankheitsbild des Ulcus cruris. Bei der anatomischen Untersuchung eines solchen finden

Digitized by Google

wir, daß die oberflächlichste Schicht des mit dicken fibrinösen Belägen bedeckten Geschwürs die meisten Krankheitserreger und weißen Blutkörperchen enthält, daß aber mit zunehmender Tiefe die Zahl der Krankheitskeime ständig abnimmt, so daß die zu unterst gelegene Fibrinschicht gewöhnlich schon frei oder fast frei ist von Infektionserregern. Ein solcher Befund kann als ein typischer und charakteristischer angesehen werden, so daß wir außer dem experimentellen Nachweis schon daraus hätten schließen können, daß in dem Fibrin Abwehrkräfte gegen die Krankheitserreger wirksam sind. Genügt der ursprünglich dünnere Belag nicht, um auf einer infizierten Wunde gemeinsam mit den anderen bakterienfeindlichen Stoffen die Krankheitserreger zu vernichten, so werden gewissermaßen Reserven herangezogen, es bilden sich neue, mehrfache Fibrinschichten, der Belag verdickt sich. Innerhalb dieses dickeren fibrinösen Exsudates können in den oberen Lagen die Infektionskeime nunmehr in wirksamerer Weise bekämpft werden, während die unterste, von Krankheitserregern schon freie Schicht die Funktion übernimmt, die Granulationsbildung anzuregen. Wir sehen, wie von unten Fibroblasten in das Fibrin eindringen, wie Gefäßsprossen hineinwachsen und das Exsudat durch junges Granulationsgewebe substituiert wird. Diese Doppelfunktion, die defensive und reparative, kommt unter den Blut- und Entzündungsbestandteilen nur dem Fibrin zu. Natürlich kann ein zuviel von Fibrin den Heilungsvorgang auch beeinträchtigen.

Wenn man dogmatisch behauptet hat, daß das Granulationsgewebe es ist, das die Wunde vor Infektion schützt, so ist das schon aus dem Grunde nicht richtig, weil das Schicksal einer Wunde längst entschieden, die Infektion in Wirklichkeit schon zu einer Zeit geheilt oder wenigstens gebrochen ist, wo überhaupt noch gar keine Ansätze zu einer Granulationsbildung vorhanden sind. Der Organismus reagiert niemals primär mit Granulationsbildung, sondern diese erfolgt erst nach dem Erlöschen der Infektion, wobei das Fibrin selbst eine bedeutsame Rolle spielt. Wenn in den oberen Schichten der Granulationen neben weißen Blutkörperchen noch Bakterien vorhanden sind, so liegt das daran, daß als Vorstufe der Reparation die Leichen der Infektionserreger und die Trümmer der verletzten Gewebe zunächst aufgenommen und weggeschafft werden müssen, bevor der eigentliche Ersatz durch junges Keimgewebe einsetzen kann. Das Studium dieser beiden anscheinend verschiedenartigen, aber doch ineinandergreifenden und zusammengehörigen, dem Fibrin

Digitized by Google

eigentümlichen Eigenschaften dürfte imstande sein, die noch immer unklaren Vorstellungen von der Abgrenzung der eigentlichen „Entzündung" von dem Reparationsvorgang etwas aufzuhellen.

Man beobachtet sehr häufig, um bei dem gewählten Beispiel zu bleiben, daß alte Unterschenkelgeschwüre, und dasselbe gilt von allen Wunden und Geschwüren, so lange keine Neigung zur Wund- und Allgemeininfektion zeigen, wie dieser Fibrinbelag vorhanden und unverletzt ist. Wird er aber an irgendeiner Stelle lädiert, so ist für die Krankheitserreger eine Eingangspforte geschaffen. Die Erfahrung lehrt daher, daß schon ein leichtes Einreißen nur der Oberflächenschicht einer Wunde beim Verband eine schwere Infektion hervorrufen kann, und zwar ebenso bei Wunden, die ausschließlich eine fibrinöse Bedeckung haben, wie bei solchen, die bereits mit einem dicken Granulationswall versehen sind. Wir wissen ferner, daß sich bei drohenden Perforationen z. B. eines Baucheingeweides fibrinöse Verklebungen bilden, in die sich dann selbst virulenter Eiter ergießen kann, ohne daß es zu einer allgemeinen Peritonitis kommt. Hier kann es sich gewiß nicht um eine schützende Wirkung von Granulationsgewebe handeln, da in diesem Stadium ein solches noch gar nicht vorhanden ist, sondern hier kommt wesentlich die bakterienfeindliche Wirkung des Fibrins in Betracht. Auch seine rein mechanische Filterwirkung kann nicht von bestimmendem Einfluß sein, da dieselben Infektionserreger imstande sind, das widerstandsfähigste Gewebe zu durchfressen, während sie vor der zarten Fibrinmembran wie vor einem unüberwindlichen Wall haltmachen. Das eigentliche Schutzmittel also, das den Kampf mit den Krankheitserregern aufnehmen und ausfechten muß, ist nicht primär das Granulationsgewebe, sondern neben den anderen Reaktionsmitteln des Körpers wesentlich das Fibrin. Erst wenn die Infektion durch die Abwehrkräfte des Körpers, nicht zum wenigsten durch die Mitwirkung des Fibrins zum Stillstand gekommen ist, wird die Granulationsbildung und somit der Reparationsvorgang eingeleitet.

Diese Erkenntnisse sind nicht bloß von wissenschaftlicher Bedeutung, indem sie uns neue Einblicke in das Krankheitsgeschehen und in die natürlichen Heilvorgänge des Organismus gewähren, sondern weisen uns auch lehrreiche und erfolgversprechende Ausblicke für unser therapeutisches Verhalten, wie wir, dem Beispiel der Naturheilung folgend, ihre Mittel ausnutzen, nachahmen und steigern können.

Digitized by Google

Zunächst ergibt sich die prinzipielle Mahnung, fibrinöse Exsudationen auf Wunden usw. entsprechend ihrer biologisch-funktionellen Bedeutung als Schutz- und Heilmittel des Körpers zu bewerten, wobei allerdings zu bedenken ist, daß ein Übermaß von Fibrin auch störend wirken, die Heilung verlangsamen kann. Dieser übermäßigen Fibrinbildung beugt man am besten vor, wenn man dafür sorgt, daß die Wunden nicht infiziert werden. Ist die Infektion aber erfolgt, so muß man sich dessen bewußt sein, daß die stärkeren fibrinösen Exsudate eine Abwehrmaßnahme des Körpers darstellen, daher sind die fibrinösen Verklebungen von Wunden, die oberflächlichen Fibrinlagen auch dicker granulierender Wundflächen zu schonen, selbst vor geringgradigen Verletzungen beim Verbandswechsel oder dergleichen zu bewahren, weil sie eben den wesentlichsten Schutz gegen Infektionen bilden. Wo dieser natürliche Schutz fehlt oder mangelhaft ist, soll er durch Bepulvern mit Fibrin, durch künstliche Erzeugung einer Fibrinschicht ersetzt bzw. gesteigert werden.

Neben dem Wundschutz haben wir uns besonders die Lehre von der granulationsanregenden Fähigkeit des Fibrins zur Wundheilung nutzbar gemacht, indem wir die natürlichen Heilungsvorgänge, für die das Fibrin der Anreiz und die Vorbedingung ist, wenn sie sich im gegebenen Falle als unzureichend erwiesen haben, durch Blut- und Exsudatfibrin künstlich nachahmen und steigern.

Bei den Erkrankungen der Haut ist die Anwendung des Fibrins, das unter dem Namen „Perfibrin" von der Firma Heyl & Co. Berlin NW 87 hergestellt wird, überall dort angezeigt, wo eine Granulations- und Bindegewebsneubildung angeregt werden soll, also bei Wunden, die nicht recht heilen wollen, die schlechte, schlaffe Granulationen zeigen, ferner bei Hautdefekten, bei Verbrennungen zweiten und auch dritten Grades, zur Unterstützung der Anheilung transplantierten Gewebes usw. und dort, wo eine Heilung unter dem aseptischen trockenen Schorf eintreten soll, auch bei nässenden Wundflächen, sowie da, wo aseptische Wunden möglichst schnell zur Verklebung zu bringen und vor Infektionen zu schützen sind. Bei schlecht granulierenden Wunden bildet sich nach mehrmaligem Bepulvern mit Fibrin, meist schon nach 2—3 Tagen auf der Oberfläche ein weißlich-gelber, dünner fibrinöser Belag, der wie natürliches Körpergewebe mit seiner Unterlage organisch verwächst und die darunter liegende Wundfläche, ruhendes, torpides, schlaffes Gewebe zu üppiger Granu-

Digitized by Google

lationsbildung anregt. Man kann sich in mikroskopischen Schnitten davon überzeugen, daß infolge der Fibrinbepulverung künstlich erzeugt sich derselbe Vorgang abspielt, wie er unter der Fibrinschicht normal heilender granulierender Wundflächen vor sich geht. Die dünne, auf der Oberfläche der Wunde befindliche Fibrinlage ist es eben, welche den Anreiz für das Aufsprießen der jungen Granulationen bildet, und die man dort, wo sie nicht in wirksamer Form vorhanden ist, künstlich hervorrufen muß und kann. Von den Rändern her vollzieht sich dann die Epithelisierung der Wundfläche.

Gegenanzeigen für die Anwendung des Fibrins bilden akut entzündete und eiternde Wunden, die letzteren Fälle schon aus dem Grunde, weil infolge des proteolytischen Fermentes der polymorphkernigen Leukozyten des Eiters das Fibrin aufgelöst und unwirksam gemacht wird. Daher gerinnt auch der Eiter nicht.

Nach vorheriger Reinigung der Wundfläche z. B. mit Wasserstoffsuperoxyd wird Perfibrin in dünner Schicht aufgetragen und durch leichtes Andrücken mit steriler Gaze ein festes Haften auf der Wundoberfläche zu erzielen gesucht. Nach dem Bepulvern trockener aseptischer Verband, der in den meisten Fällen täglich einmal erneuert wird. Es ist darauf zu achten, daß keine Sekretverhaltung eintritt. Bei manchen Wunden, besonders bei frischen Substanzverlusten der Haut und bei frischen Verbrennungen heilt die Wunde oft unter dem einmalig aufgestreuten Fibrin wie unter dem trockenen aseptischen Blutschorf. Ist die Bildung eines fibrinösen Belages eingetreten, so kann für einige Tage mit der Bepulverung aufgehört werden, um gegebenenfalls, wenn die Granulationsbildung stellenweise noch ungenügend ist, von neuem zu beginnen.

Ich will mich damit begnügen, dieses experimentelle und klinische Tatsachenmaterial kurz mitgeteilt und mehr allgemeine Anregungen gegeben zu haben, und möchte es dem Kreise der Fachärzte überlassen, auf Grund der festgestellten Funktionen des Fibrins, die gewonnenen theoretisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse auf die Deutung der entsprechenden Befunde besonders bei den entzündlichen Hautkrankheiten zu übertragen, die therapeutische Anwendung des Perfibrins auf diesem Gebiete weiter auszubauen und so auch der Dermatologie neue wissenschaftliche und praktische Erfolge zu erschließen.

Digitized by Google

III.

(Aus der Universitäts-Hautklinik in Bonn [Direktor: Prof. Dr. *Erich Hoffmann*].)

Zum neuen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Von

RUDOLF STREMPEL.

Nach jahrelangen parlamentarischen Verhandlungen und Vorbereitungen ist am 1. Oktober 1927 das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten endlich in Kraft getreten. Der planmäßige Kampf gegen die Geschlechtsleiden war stets auf die größten Schwierigkeiten gestoßen. Wir alle kennen die Meinung, die auch heute noch vielfach über die Geschlechtskrankheiten, die sogenannten „geheimen Krankheiten" in den weitesten Volksschichten herrscht, wonach sie als selbstverschuldete, lasterhafte und unsittliche Leiden angesehen werden, die eher Verachtung als Hilfe verdienten, eine Auffassung, die eine wirksame Bekämpfung sehr erschwerte. Dazu kam eine falsch eingestellte Moral, die es peinlichst vermied, vor dem Forum der Öffentlichkeit Fragen, die Bezug nahmen auf das Geschlechtsleben und damit zusammenhängende Dinge, auch nur zu berühren. Da ist es in erster Linie der langen zielbewußten Aufklärungsarbeit und unermüdlichen Tätigkeit der im Jahre 1902 gegründeten Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu danken, daß die Erkenntnis von der Gefahr der venerischen Leiden ins Volk getragen und damit eine breitere Grundlage geschaffen wurde, von der aus der Kampf gegen diese Seuchen mit Erfolg aufgenommen werden konnte.

In dem neuen Gesetz tritt deutlich zutage, daß es sich nicht um ein Polizei-, sondern mehr um ein *Wohlfahrtsgesetz* handelt. Man hat erkannt, daß eine wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht allein durch polizeiliche Verordnungen möglich ist, Aufklärung, Belehrung und Prophylaxe stellen stärkere und wirksamere Waffen dar, durch fürsorgerische, vorbeugende und nachforschende Maßnahmen soll eine Einschränkung der venerischen Leiden herbeigeführt werden. Das Verantwortungsgefühl des Einzelnen soll gehoben werden. Strafmaßnahmen sollen dahinter zurückstehen. Eine bessere Aufklärung wird viele der so wichtigen Frühbehandlung zuführen. In diesem Sinne zu wirken ist in erster Linie Pflicht und Aufgabe des ärztlichen Standes geworden. Bei der Durchführung des Gesetzes werden sich Eingriffe in die persönliche Freiheit des Einzelnen nicht immer vermeiden lassen, die gegenüber dem Wohle des ganzen Volkes zurücktreten muß. Zwangsmaßnahmen kommen nur den Elementen gegenüber in Betracht, die sich dem Gesetz entgegenstellen.

Digitized by Google

Bei Besprechung des Gesetzes werde ich mich darauf beschränken, das Wichtigste herauszugreifen und vor allem das vorzubringen, was für den Arzt bedeutungsvoll ist und wie sich das Gesetz praktisch für ihn auswirken wird. Wo es notwendig erscheint, werde ich dabei zugleich auch auf wichtige Punkte der zur Durchführung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom preußischen Staatsministerium erlassenen Ausführungsverordnung und Ausführungsanweisung eingehen.

Nach § 3 ist die Durchführung der aus dem Gesetz erwachsenden gesundheitlichen Aufgaben Gesundheitsbehörden zu übertragen, die sich mit den Beratungsstellen für Geschlechtskranke, den Pflegeämtern und sonstigen Einrichtungen der sozialen Fürsorge im Einvernehmen zu halten haben. Laut Ausführungsbestimmungen sind als Träger der den Gesundheitsbehörden erwachsenden Aufgaben die Stadt- und Landkreise bestimmt, die diese Aufgaben als Selbstverwaltungsangelegenheiten durchzuführen haben. Gesundheitsbehörden werden demnach in der Regel in Stadtkreisen der Magistrat oder Bürgermeister und in den Landkreisen die Kreisausschüsse sein.

Von größter Bedeutung ist, daß die Polizeibehörden, denen bisher der Hauptteil an der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zufiel, nur mehr zur Unterstützung, zur Durchführung der gesundheitlichen und sozialfürsorgerischen Aufgaben herangezogen werden; auch die Überwachung der Prostitution wird den Gesundheitsbehörden übertragen und der Sittenpolizei abgenommen. Die Gesundheitsbehörden in Verbindung mit fürsorgerischen Maßnahmen der Beratungsstellen und Pflegeämter übernehmen deren Tätigkeit, nur im Notfalle leistet die Polizei Hilfsstellung. Die Polizei kann also nicht mehr von sich aus selbständig vorgehen. Bei jeder Gesundheitsbehörde muß ein Arzt und zwar ein Facharzt für Geschlechtskrankheiten oder ein fachlich vorgebildeter Arzt mitwirken.

Eine bedeutende Rolle im Kampfe gegen die Geschlechtsseuchen wird den Beratungsstellen für Geschlechtskranke zufallen. Man muß sich klar sein, daß die Gesundheitsbehörden sich nicht leicht das Vertrauen des Publikums erringen werden. Ihnen haftet das Odium der eventuellen Zwangs- und Strafmaßnahmen an, und mehr oder weniger wird man in ihnen ein Polizeiorgan sehen, dem man am liebsten aus dem Wege geht. Hier muß die Tätigkeit der Beratungsstellen einsetzen. Durch eine vertrauliche und verschwiegene Beratung wird das Vertrauen der Besucher schnell gewonnen. Belehrung und Aufklärung ihrer Patienten über Wesen und Ansteckungsgefahr der Geschlechtskrankheiten und deren Prophylaxe sowie Aufsuchung der Ansteckungsquellen muß eine der Hauptaufgaben der Beratungsstellen sein. Bei Anzeigen und Meldung Säumiger an die Gesundheitsbehörde erscheint es zweckmäßig, die erste Vernehmung des Anzeigers, Vorladung der Verdächtigen oder Kranken der Beratungsstelle zu überlassen. Diese wird erst nach Versagen aller ihr zur Verfügung stehenden Mittel die gesetzlichen Machtmittel der Gesundheitsbehörden in Anspruch nehmen. Eine innige Arbeitsgemeinschaft zwischen Gesundheitsbehörden, Wohlfahrts- und Fürsorgeeinrichtungen und Beratungsstellen wird demnach unerläßlich sein.

Digitized by Google

In § 2 verpflichtet das Gesetz ohne besondere Strafandrohung jeden, der an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß, sich von einem für das Deutsche Reich appr. Arzte behandeln zu lassen. Eltern, Vormünder und sonstige Erziehungsberechtigte haben die Pflicht, für ärztliche Behandlung ihrer geschlechtskranken Pflegebefohlenen zu sorgen. Kommt der Kranke dieser Bestimmung nach und läßt sich ordnungsgemäß behandeln, so hat er keinerlei Unannehmlichkeiten zu fürchten, der Arzt ist zum Schweigen verpflichtet. Erst wenn sich der Betreffende der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzieht, oder wenn er andere infolge seines Berufes oder persönlicher Verhältnisse besonders gefährdet, ist eine Meldepflicht des Arztes an die Gesundheitsbehörde gegeben, *§ 9* des Gesetzes. Der Arzt ist also gesetzlich verpflichtet unter bestimmten Verhältnissen geschlechtskranke und ansteckungsgefährliche Personen der Gesundheitsbehörde zu melden, eine Verpflichtung, deren Nichterfüllung unter Umständen unangenehme Folgen rechtlicher Art für ihn haben könnte. Der Begriff der Ansteckungsgefährlichkeit dürfte nicht immer leicht zu umgrenzen sein. Uns allen sind die leichtsinnigen Personen bekannt, die der Behandlung fern bleiben, sobald die oberflächlichen Erscheinungen sich rückgebildet haben. Jetzt hat man es in der Hand, diese Säumigen zur Behandlung zu bringen, indem wir sie der Gesundheitsbehörde melden. Bevor der Arzt die vorgeschriebene Meldung erstattet, wird er möglichst von sich aus den Kranken zur Wiederaufnahme der Behandlung in unauffälliger Weise ermahnen. Dazu ist das amtliche Einheitsformblatt für Ärzte zur Mahnung säumiger Patienten zu benutzen. Zur Meldung an die Gesundheitsbehörde sind ebenfalls vorgeschriebene Meldungsformulare zu verwenden.

Mit ein paar Worten sei noch auf die Bestimmung des genannten Paragraphen eingegangen: Die besondere Gefährdung anderer infolge des Berufes — es sei nur an Angestellte im Nahrungsmittelgewerbe, Kindermädchen, Hausangestellte, Friseure und andere Berufe erinnert — oder der persönlichen Verhältnisse des Kranken, wie schlechte Wohnungsverhältnisse, weiterer Geschlechtsverkehr und anderes mehr. Die Entscheidung hierüber ist also dem Arzt in die Hand gegeben, sie wird nicht immer leicht sein, ganz abgesehen davon, daß es der Arzt nur schwer über sich bringen wird, geschlechtskranke Patienten, die sich vertrauensvoll bei ihm in Behandlung begeben haben und sie regelmäßig durchführen, aus obengenanntem Grunde der Gesundheitsbehörde oder einer Beratungsstelle zu melden. Das Gesetz verlangt also vom Arzt, daß er eventuell den Einzelnen preisgibt im Interesse des Ganzen.

Von größter Wichtigkeit ist *§ 4* des Gesetzes, in dem Personen beiderlei Geschlechts, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und die Krankheit weiter zu verbreiten, durch die Gesundheitsbehörde angehalten werden können, ein ärztliches Zeugnis beizubringen. Zuständig für die im § 4 angegebenen Maßnahmen ist die Gesundheitsbehörde, in deren Bezirk der Verdacht der Weiterverbreitung einer Geschlechtskrankheit bei dem verdächtigen Kranken hervortritt, also des Verdachtsortes. Es ergibt sich aus dem Wortlaut des

Digitized by Google

Gesetzes, daß das Zeugnis jedes Arztes gilt; nur in begründeten Ausnahmefällen kann auch ein bestimmter Arzt durch die Gesundheitsbehörde benannt werden, von dem das Zeugnis zu erbringen ist. Es kann aber keine Gesundheitsbehörde einzelne Ärzte ausschließen ohne besondere Begründung. Diese Bestimmung gibt eine Sicherheit solchen Ärzten gegenüber, die ihre Pflicht vergessen und wider besseres Wissen ein Zeugnis ausstellen sollten. Es sind allerdings amtliche Einheitsformblätter für die Ausstellung der Zeugnisse geschaffen, deren Abfassung eine Gewähr dafür bietet, daß sachgemäß untersucht wird. Auf Antrag des Arztes können solche Personen angehalten werden, wiederholt derartige Gesundheitszeugnisse beizubringen. Ob jemand dringend verdächtig ist, geschlechtskrank zu sein und die Erkrankung weiter zu verbreiten, ist nach Lage des Einzelfalls sorgfältig von der Gesundheitsbehörde zu prüfen. Auch durch Anzeigen werden Gesundheitsbehörden zur Kenntnis „dringend Verdächtiger" kommen; der Anzeiger — anonyme Anzeigen dürfen nicht berücksichtigt werden —, dessen Name geheim zu halten ist, ist mündlich durch die Gesundheitsbehörde zu vernehmen und die Anzeige nur weiter zu verfolgen, wenn die Vernehmung ergeben hat, daß ein ausreichender Anhalt für die Richtigkeit der behaupteten Tatsachen vorhanden ist. Eine falsche Anzeige kann natürlich zu einer Bestrafung wegen verleumderischer Beleidigung führen. Zuerst ist der bei der Gesundheitsbehörde tätige Arzt zu hören. Erstattet ein Arzt auf Grund des § 9 die Anzeige, bedarf es natürlich keiner Vernehmung.

Wichtig ist auch, daß dem Verdächtigen die Wahl des Arztes zwecks Ausstellung eines Zeugnisses grundsätzlich zu überlassen ist. Jedoch ist er auf Beratungs- und Untersuchungsstellen hinzuweisen, in denen er sich unentgeltlich untersuchen und ein ärztliches Zeugnis ausstellen lassen kann, und darauf aufmerksam zu machen, daß er bei Bestätigung des Krankheitsverdachtes die Kosten der Untersuchung und des Zeugnisses selbst zu tragen hat, wenn er von diesen Einrichtungen keinen Gebrauch macht. Weiter können Personen, die geschlechtskrank und verdächtig sind, die Geschlechtskrankheit weiter zu verbreiten, einem Heilverfahren unterworfen werden, auch in ein Krankenhaus verbracht werden, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint. Der Verdacht einer Weiterverbreitung muß begründet sein, beispielsweise bei einer Prostituierten oder einer anderen gefährlichen Berufsbetätigung eines Kranken (Hebammen, Friseure usw.). In letzteren Fällen wäre natürlich auch für geeignete Behandlung in zweckmäßigen Krankenhäusern zu sorgen. Viele Provinzkrankenhäuser, die auf chirurgisch-gynäkologische und interne Tätigkeit eingestellt sind, erfüllen diesen Zweck sicher nicht. Die Geschlechtskranken sind dort allermeist Stiefkinder. Soweit andere Mittel nicht ausreichen (die Gesundheitsbehörden können zum Beispiel auch Geldstrafen verhängen), ist unmittelbarer Zwang zur Erreichung und Durchführung der genannten Maßnahmen zulässig. Die Gesundheitsbehörde kann also den Kranken durch Polizeibeamte festnehmen und in ein Krankenhaus überführen lassen. Der Zwang erstreckt sich auch auf die Behandlung. Ärztliche Eingriffe, die mit einer ernstlichen Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden

Digitized by Google

sind, dürfen jedoch nur mit Einwilligung der Kranken vorgenommen werden. Als solche ärztliche Eingriffe sollen insbesondere die Behandlung mit Salvarsan, Hg. und Bi., die Liquorentnahme, die Cystoskopie, der Ureterenkatheterismus und die Dehnung der Harnröhre gelten.

Von weittragender Bedeutung für uns Ärzte ist der bereits erwähnte *§ 7* des Gesetzes. Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane[1]) ist nur den für das Deutsche Reich approb. Ärzten gestattet. Verboten und mit Strafe bedroht ist jede Fernbehandlung und Beratung zum Beispiel per Brief oder auch Telephon, die nicht auf eigener Wahrnehmung beruht, oder auch in Vorträgen, Schriften, Abbildungen oder Darstellungen Ratschläge für die Behandlung zu erteilen. Strafbar ist auch, wer öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen — wenn auch in verschleiernder Weise — sich zur Behandlung erbietet. Ausdrücklich wird betont, daß nicht nur Geschlechtskrankheiten, sondern auch Krankheiten und Leiden der Geschlechtsorgane nur noch von in Deutschland approb. Ärzten behandelt werden dürfen. Darunter fällt auch die ganze Gruppe der Frauenkrankheiten (wie Uterusverlagerungen, Menstruationsbeschwerden, Ausfluß und a. m.), die nichts mit Geschlechtskrankheiten zu tun haben. Der Laienbehandler kann sich also in Zukunft nicht darauf berufen, er habe nicht gewußt, daß es sich um eine ansteckende Geschlechtskrankheit gehandelt habe. Bekanntlich hat gerade dieser Paragraph den größten Widerstand erfahren, vor allem aus dem Lager der Naturheilkundigen, die in der jetzigen Fassung des Paragraphen großen Schaden für ihr Handwerk erwarten mußten. Nun ist das Kurpfuschertum wenigstens auf dem Gebiet der Geschlechtskrankheiten ausgeschaltet, auf dem es so viel Schaden stiften konnte. Erfreulich ist der erste Schritt, der damit auf gesetzgeberischem Wege gegen das Kurpfuschertum unternommen wurde.

Aus den Worten, wer sich öffentlich zur Behandlung erbietet, ergibt sich das Verbot der Veröffentlichung von Inseraten und dergleichen. Damit werden die allbekannten Aufforderungen und Anzeigen in den Tageszeitungen: Behandlung von Geschlechtskrankheiten ohne Berufsstörung, ohne Hg. und Salvarsan, endlich verschwinden, zumal die Strafandrohung ziemlich hoch ist. Besonders hervorgehoben ist noch „in verschleiernder Weise". Einer Umgehung des § 7 soll damit vorgebeugt werden. Für den Arzt ist noch besonders betont, daß er sich strafbar macht, wenn er sich in unlauterer Weise zur Behandlung erbietet. Man wird darunter alles das verstehen können, was von den ärztlichen Standesorganisationen als Verstoß angesehen wird.

In *§ 8* besteht für den Arzt weiter die Rechtspflicht zur Aufklärung der untersuchten oder behandelten geschlechtskranken Person über die Art der Krankheit, über die Ansteckungsgefahr, sowie über die Strafbarkeit der in §§ 5 und 6 bezeichneten Handlungen. Hierbei soll er ein amtlich genehmigtes Belehrungsmerkblatt aushändigen. Über die beiden genannten Paragraphen kann ich mich kurz fassen.

[1]) Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane sind alle Erkrankungen der zum Zeugungsakt dienenden äußeren und inneren Geschlechtsorgane. Die weiblichen Brüste gehören z. B. nicht hierzu.

Digitized by Google

§ 5 ist der sogenannte Gefährdungsparagraph, der ausdrücklich die Gefährdung durch ansteckenden Geschlechtsverkehr unter Strafe stellt. Strafbar ist also der Verkehr, der in der vorhandenen oder auch nur zu vermutenden Kenntnis erfolgt, an einer ansteckungsgefährlichen Geschlechtskrankheit zu leiden. Bei erfolgter Ansteckung hat der Verletzte Anspruch auf Schadenersatz. Früher war der Verkehr einer kranken mit einer gesunden Person als Körperverletzung strafbar, aber nur dann, wenn eine Ansteckung erfolgte. *§ 6* legt dem Geschlechtskranken, der eine Ehe eingehen will, die Offenbarungspflicht seiner Krankheit dem künftigen Ehegatten vor der Eheschließung auf unter Androhung von Gefängnisstrafe. Also die Nichtoffenbarung wird bestraft. Auf die zivilrechtlichen Folgen hinsichtlich der Ehe, die eine Unterlassung der Offenbarungspflicht im Gefolge haben kann, will ich hier nicht näher eingehen.

Die Belehrung des Kranken ist ein sehr wichtiger Faktor. Breiten Schichten des Volkes fehlt die Einsicht in die ihnen selbst und der Gesundheit anderer durch die Geschlechtskrankheiten drohenden Gefahren. Hier tut Aufklärung not. Der Arzt soll neben der Belehrung ein amtliches Merkblatt aushändigen. Fehlt dem Kranken die nötige Einsicht, dann soll die Belehrung und Aushändigung des Merkblattes an die erfolgen, die für das persönliche Wohl des Kranken zu sorgen haben. Wichtig ist für den Arzt, daß er im Falle der Nichtbelehrung zwar keine Strafverfolgung zu erwarten hat, jedoch unter Umständen zivilrechtlich haftbar gemacht werden kann. Etwas anderes ist es natürlich, wenn ein Arzt aus bestimmten Gründen, bei sehr erregbaren Patienten, denen die Mitteilung der Diagnose Schaden zufügen könnte, bei Selbstmordgefahr z. B., davon absieht. Selbstverständlich soll der Arzt auch nach der Infektionsquelle fahnden, um auch diese nach Möglichkeit verstopfen zu können. Nach Beseitigung der Ansteckungsgefahr kann der Arzt dem Kranken auf dessen Verlangen eine Bescheinigung darüber aushändigen, daß der Kranke nicht mehr ansteckungsgefährlich ist. Bei Personen, die häufig wechselnden Geschlechtsverkehr ausüben und bei denen zu befürchten ist, daß sie sich immer wieder einer Ansteckungsgefahr aussetzen, soll die Aushändigung einer solchen Bescheinigung vermieden werden.

§ 10 behandelt die Schweigepflicht, deren unbefugtes Durchbrechen durch Beamte, Angestellte und Ärzte der Gesundheitsbehörden und Beratungsstellen mit schwerer Strafe bedroht ist, was hinsichtlich der tiefen Eingriffe in die persönliche Freiheit des Einzelnen bei Durchführung des Gesetzes notwendig und berechtigt erscheint. Die Kranken müssen selbstverständlich davor geschützt sein, daß durch Beratungsstellen oder Gesundheitsbehörden ihre Erkrankung bekannt wird. Verfolgung tritt nur auf Antrag des Kranken, eines Beteiligten oder auch der Gesundheitsbehörde ein. Die Offenbarung ist nicht unbefugt, wenn sie von einem in der Gesundheitsbehörde oder Beratungsstelle tätigen Arzte oder mit Zustimmung eines solchen Arztes an eine Behörde — es kommen hier Wohlfahrtsämter, Jugendämter und dergleichen in Frage — oder an eine Person gemacht wird,

Digitized by Google

die ein berechtigtes, gesundheitliches Interesse daran hat, über die Geschlechtskrankheit des anderen unterrichtet zu werden. Darunter sind wohl Eltern, Ehegatten, Verlobte und Vormünder in erster Linie zu verstehen. Die Entscheidung, ob ein berechtigtes gesundheitliches Interesse vorliegt, dürfte nicht immer leicht sein. Auch von der Geschlechtskrankheit Dienstverpflichteter könnte der Dienstherrschaft Mitteilung gemacht werden, um Vorkehrungen gegen weitere Verbreitung der Erkrankung zu ermöglichen. Grundsätzlich müssen wir daran festhalten, daß das ärztliche Berufsgeheimnis aufs strengste zu wahren ist, wie es ja in den Bestimmungen des § 300 des Reichsstrafgesetzbuches niedergelegt ist. Jedenfalls erkennt das Gesetz den Standpunkt an, daß höhere Interessen eine Offenbarung in bestimmten Fällen rechtfertigen.

Nach *§ 11* des Gesetzes wird die Heilmittelreklame verboten. Wer Mittel, Gegenstände oder Verfahren öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleiernder Weise zum Zwecke der Heilung oder Linderung von Geschlechtskrankheiten ankündigt oder anpreist, oder an einem allgemein zugänglichen Orte ausstellt, wird mit Strafe bedroht. Ausgenommen ist natürlich die Ankündigung oder Anpreisung dieser Mittel und Gegenstände an Ärzte und Apotheker oder an Personen, die erlaubterweise Handel damit treiben (Drogisten zum Beispiel), oder in wissenschaftlichen, ärztlichen oder pharmazeutischen Fachzeitschriften. Inserate in öffentlichen Blättern, die irgend welche Heilmittel für Geschlechtskrankheiten oder auch Gegenstände zu ihrer Behandlung anpreisen würden, sind also strafbar, ebenso wer solche Mittel ausstellt.

§ 12 macht die Ausnahme, daß Vorträge, Schriften, Abbildungen und Darstellungen, die nur der Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten, insbesondere über ihre Erscheinungsformen dienen, straflos sind, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des § 7 fallen. Eine Behandlung ist in dieser Form ebenfalls nicht zulässig. Eine Erörterung von Behandlungsfragen der Geschlechtskrankheiten in einer Tageszeitung ist demnach unstatthaft, ebenso in öffentlichen Vorträgen.

In *§ 13* wird das Inverkehrbringen von Mitteln zur Verhütung der Ansteckung beim geschlechtlichen Verkehr gründsätzlich erlaubt, ein Paragraph, der zu begrüßen ist. Das Verschweigen dieser Mittel hat die Moral keineswegs gehoben, während sachgemäße Belehrung und die Möglichkeit, anerkannte Mittel leicht zu erhalten, viel Nutzen hätten bringen können. Die Reichsregierung kann jedoch das Inverkehrbringen von solchen Mitteln oder Gegenständen von dem Ergebnis einer amtlichen Prüfung abhängig machen und das Inverkehrbringen hierfür nicht geeigneter Gegenstände verbieten. Sie kann auch Vorschriften über das Ausstellen, Ankündigen oder Anpreisen der hiernach zugelassenen Mittel oder Gegenstände treffen. Nach § 184, 3 RStGB. war das Anpreisen oder Ankündigen bisher untersagt. Dieser Paragraph erhält jetzt hinter 3 in 3a die Vorschrift, daß nur strafbar ist, wer Mittel oder Gegenstände zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten in einer Sitte und Anstand verletzenden Weise ankündigt, anpreist oder an einem dem Publikum zugänglichen Orte ausstellt.

Digitized by Google

Die *§§ 14* und *15* enthalten Bestimmungen über den Schutz des Stillkindes sowie der Amme. Die Gefährdung durch das Stillgeschäft wird unter Strafe gestellt. Jede Amme hat vor ihrem Stellenantritt ein Zeugnis beizubringen, daß keine Geschlechtskrankheit bei ihr nachzuweisen ist. Bestraft wird auch, wer eine Amme in Dienst nimmt, ohne sich überzeugt zu haben, daß sie im Besitze eines solchen Zeugnisses ist oder auch, wer abgesehen von Notfällen, ein Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat, von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt, ohne vorher im Besitz eines ärztlichen Zeugnisses darüber zu sein, daß eine gesundheitliche Gefahr für die Stillende nicht besteht. Ebenso, wer ein syphilitisches Kind von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt, obwohl er die Krankheit des Kindes kennt oder den Umständen nach kennen muß, oder wer ein sonst geschlechtskrankes Kind (z. B. an Blennorrhöe leidendes Kind) ohne mündliche Unterweisung durch einen Arzt über die Krankheit und die gebotenen Vorsichtsmaßnahmen von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt. Stillen oder Stillenlassen eines syphilitischen Kindes durch eine weibliche Person, die selbst an Syphilis leidet, ist straflos. Auch das in Pflege geben geschlechtskranker Kinder, ohne den Pflegeeltern des Kindes Mitteilung zu machen, ist strafbar. Zur Ausstellung der Gesundheitszeugnisse für Ammen oder zu stillende Kinder sind amtliche Muster ausgegeben. Für den Arzt erwächst daraus die Pflicht der Belehrung der Mutter oder des Kindesvaters hinsichtlich der genannten Bestimmungen.

Im *§ 16* sind die Änderungen der Strafbestimmungen über Kuppelei und gewerbsmäßige Unzucht niedergelegt. Eine entscheidende Umwandlung hat die sogenannte Reglementierung erfahren. Die gefährlichste Quelle zur Verbreitung von Geschlechtskrankheiten ist die offene und geheime Prostitution. Der Staat glaubte, diesem Übel nicht besser begegnen zu können, als daß er Frauen, die gewerbsmäßig der Unzucht nachgingen, der polizeilichen Kontrolle unterstellte, die betreffenden Frauen zur polizeilichen Zwangsuntersuchung und evtl. Zwangsbehandlung zwang und ihnen auch sonstige Beschränkungen auferlegte. Ordneten sich die betreffenden Frauen den polizeilichen Vorschriften unter, dann war ihnen die Gewerbsunzucht erlaubt. Es stellte sich bald heraus, daß die polizeiliche Untersuchung der Prostituierten unter dem Reglementierungssystem eine unzulängliche Waffe im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten darstellte. Ganz abgesehen davon, daß die verlangte Zwangsuntersuchung vom ärztlichen Standpunkt aus unzulänglich war, die Anfängerinnen im Dienste der Venus, die sich naturgemäß möglichst lange der Kontrolle zu entziehen suchten und sich aus Angst vor Entdeckung selbst vor der Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung scheuten, waren gerade die Gefährlichsten für die Verbreitung der venerischen Krankheiten. Und der Umfang der geheimen Prostitution war viel größer als der der kontrollierten, der relativ kleinen Zahl der eingeschriebenen Dirnen stand die erheblich größere der nicht eingeschriebenen gegenüber. Die Sittenkontrolle stellte außerdem eine Ungerechtigkeit gegenüber der Frau dar, sie zwang die Betreffenden zu einer Art sexueller Sklaverei und gab sie polizeilicher Willkür preis. Viele Frauen wurden gewissermaßen dadurch der Prostitution erst richtig in die Arme getrieben,

Digitized by Google

andererseits war die Rückkehr zur menschlichen Gesellschaft den einmal Reglementierten sehr erschwert. Es war daher zu verstehen, daß der Abolitionismus, die Bewegung gegen die staatliche Aufsicht und Meldung der Prostitution, vor allem unter den Frauen mehr und mehr Anhänger gewann. Die abolitionistische Bewegung sieht in der Prostitution eine soziale Krankheit, die nicht in ihren Symptomen, sondern in ihrer Ursache zu bekämpfen sei, die auf wirtschaftlichen, sozialen und sittlichen Gebieten lägen. Das neue Gesetz ist dieser Auffassung sehr entgegengekommen. Der bisherige *§ 361, 6 RStGB.:* mit Haft wird bestraft eine Weibsperson, die wegen gewerbsmäßiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den in dieser Hinsicht erlassenen polizeilichen Bestimmungen zuwiderhandelt oder gewerbsmäßig Unzucht treibt, ohne einer solchen Aufsicht unterstellt zu sein — erhält in Ziffer III § 16 eine neue Fassung: Wer öffentlich in einer Sitte oder Anstand verletzenden oder andere belästigenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet. Die neue Fassung beschränkt sich nicht mehr auf weibliche Personen, auch Männer werden erfaßt. Der Begriff gewerbsmäßige Unzucht ist gefallen, die Unzucht als solche wird nicht bestraft, sondern wer öffentlich in einer gegen Sitte und Anstand verstoßenden oder andere belästigenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet. Hinter § 361, 6 wird eine neue Nummer 6a eingefügt (§ 16, IV), die vor allem den Schutz der Jugend gegen eine Gefährdung durch die Prostitution im Auge hat, indem sie die gewohnheitsmäßige Erwerbsunzucht in Nähe von Kirchen, Schulen u. dgl. mit Strafe bedroht, also an Orten, die für die Jugend bestimmt sind oder an denen die Jugend besonders gefährdet erscheint. Nachdem im neuen § 361, 6 die Reglementierung und die darauf bezüglichen Polizeivorschriften gefallen waren, mußten auch die Kasernierung (§ 17) und Bordelle schwinden. Der *§ 180 RStGB.*, der die einfache Wohnungskuppelei mit Strafe bedrohte, machte den Prostituierten das Unterkommen sehr schwer und führte meist zur schlimmsten Ausbeutung der betreffenden Mädchen. Jetzt erhält § 180 einen 2. und 3. Absatz. Als Kuppelei gilt insbesondere die Unterhaltung eines Bordells oder bordellartigen Betriebes. Wer einer Person, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, Wohnung gewährt, wird auf Grund des Abs. 1 nur dann bestraft, wenn damit ein Ausbeuten der Person oder ein Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist. In praxi liegen also die Dinge jetzt so, daß das Gewähren von Wohnung an eine Prostituierte straflos ist, sofern kein Ausbeuten (also unverhältnismäßig hohe Miete u. dgl.) oder Anwerben oder Anhalten zur Unzucht damit verknüpft ist. Die sogenannten Absteigequartiere fallen natürlich immer noch unter den Begriff der Kuppelei, wie auch die kurze, stundenweise Überlassung von Zimmern zum Zwecke der Unzucht.

Ich möchte noch auf den Absatz 2 des § 2 hinweisen, nach dem durch Ausführungsbestimmungen dafür Sorge zu tragen ist, das die Behandlung Minderbemittelter aus öffentlichen Mitteln sichergestellt wird. Wer ist nun minderbemittelt? Die vorläufige Anweisung zur Durchführung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und die hierzu ergangene Ausführungsverordnung gibt Richtlinien darüber. Darunter fallen 1. Geschlechtskranke, die ohne

Digitized by Google

Gefährdung ihres Lebensbedarfes die Kosten der Behandlung einer Geschlechtskrankheit nicht tragen können; 2. solche, die auf Grund einer Versicherung ärztliche Behandlung nicht in Anspruch nehmen wollen, weil dies ihnen wirtschaftliche Nachteile bringen könnte. Es ist klar, daß bei manchen Kassen, besonders an kleineren Orten, Indiskretionen vorkommen. In solchen Fällen sollen die Gesundheitsbehörden, öffentliche Beratungsstellen usw. dem Kranken Auskunft erteilen, wohin er sich zu wenden hat.

Das wäre das Wesentliche, was an dieser Stelle über das neue Gesetz zu sagen ist. Ein großer Pflichtkreis ist damit den Ärzten im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten gezogen. Das Gesetz selbst enthält einschneidende und in die persönliche Freiheit unter Umständen tief eingreifende Bestimmungen, ist jedoch trotz allem als kräftige Waffe gegen die Geschlechtskrankheiten zu begrüßen, und wir dürfen hoffen, daß das Gesetz sich zum Wohle unseres Volkes auswirken wird. Es ist dabei notwendig, daß die in Frage kommenden Behörden loyal und großzügig an die Durchführung des Gesetzes herangehen und sich nicht durch kleinliche bürokratische Gesichtspunkte beengen lassen. Als vollkommen dürfen wir das Gesetz nicht ansehen, es ist ein Kompromißgesetz. Wer die ungeheueren schier unlösbaren Schwierigkeiten kennt, die den Werdegang des Gesetzes begleitet haben, wird einsehen, daß man über gewisse Schwächen, die dem Gesetz ohne Zweifel anhaften, hinwegsehen und froh sein muß, daß wir schon so weit gelangt sind.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist jetzt auf eine gesetzliche Grundlage gestellt, von der aus man weit wirksamer als früher vorgehen kann. Es sei bloß auf die Möglichkeit hingewiesen, ansteckungsgefährliche Säumige evtl. durch Zwang der Behandlung zuzuführen, was tatsächlich in der kurzen Zeitspanne seit Inkrafttreten des Gesetzes schon bemerkenswerte Ergebnisse gezeitigt hat. Man muß sich natürlich hüten, daß sich das Gesetz in seiner Ausführung falsch auswirkt. Wenn zum Beispiel darüber geklagt wird, daß sich die Prostitution jetzt weit breiter mache als früher und zur Zeit eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten als Folge des neuen Gesetzes zu verzeichnen sei, so muß man dem gegenüber bedenken, daß wir uns in einer Übergangszeit befinden und erst Erfahrungen sammeln müssen. Wo Mißstände eintreten, sind sie durch die Gesundheitsbehörden abzustellen, vielfach werden sie dabei die Hilfe der Polizei nicht entbehren können. Keinesfalls darf es bei der Durchführung des Gesetzes zu einer Einschränkung der ärztlichen Tätigkeit kommen. In einem Artikel der Kl. W. 1928, Nr. 3: „Aufgaben der Stadt Berlin zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" von *Solbrig* findet sich unter Sonderbestimmungen, daß die Wiederholung einer Syphiliskur frühestens 3 Monate nach Beendigung der vorhergehenden zulässig ist. Die Bekämpfung der Lues, vor allem der Frühlues, wird durch derartige Verordnungen wesentlich erschwert. Denn gerade die Fälle von Lues I und Lues II recens verlangen maximale Frühbehandlung in Gestalt des 2—3 Kurensystems, wobei wir die 2. Kur der 1. schon nach 5 Wochen, die 3. der 2. nach 8 Wochen folgen lassen müssen, wollen wir die sichersten Erfolge erzielen.

Digitized by Google

IV.

(Aus der Universitätshautklinik Bonn [Direktor: Prof. Dr. *E. Hoffmann*].)

Von der Verwendung des Jods bei der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Von

ALOIS M. MEMMESHEIMER.

In den letzten Jahren ist das Element Jod in den Vordergrund des wissenschaftlichen Interesses gerückt, und zwar nicht nur im Hinblick auf das neuerdings so akut gewordene Schilddrüsenproblem, sondern auch aus der Erkenntnis heraus, wie gering unser Wissen über die biologischen Wirkungen des Elements, die empirisch schon seit langer Zeit erkannt wurden, ist. So sind denn zahlreiche Arbeiten erschienen, die sich mit dem Jod, seinem Vorkommen in der Natur, dem Kreislauf und dem Stoffwechsel im tierischen Organismus (*v. Fellenberg, Holm*), mit seiner Verwendung in der inneren Medizin (*Slauk*) sowie mit der Geschichte der Jodtherapie (*Veil* und *Sturm*) beschäftigten. Es erschien uns deshalb erwünscht, auch die Arbeiten zusammenfassend zu betrachten, die im Laufe der letzten Jahre den Verwendungsbereich des Jods im Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten studierten und experimentell zu ergründen suchten, zumal gerade in der ausländischen Literatur solche Arbeiten ziemlich häufig sind.

I. Pharmakologische Beobachtungen und Nebenwirkungen.

Betrachten wir zuerst Aufnahme und Ausscheidung des Jods. Über seine *Resorption bei innerer Anwendung* ist folgendes bekannt. Nach *Osborne* bleibt bei Darreichung von 1,0, 5,0 und 20,0 Natriumjodid die Jodkonzentration im Blute immer die gleiche. Die Einverleibung von Jod als Tropfklistier steht hinter der per os zurück. Bei der peroralen Anwendung von Natriumjodid steigt die Natriumkonzentration im Blut proportional. Nach Gaben von Kaliumjodid tritt keine Erhöhung der Kaliumkonzentration im Blute auf, sondern der Na-Konzentration. Bei oraler Verabfolgung von KJ bildet sich eine Natriumeiweißver-

Digitized by Google

bindung, während nach NaJ nur Spuren von Jod in Verbindung mit Eiweiß treten. Nach *Grabfield* kann man durch perorale Jodgaben den Reststickstoff des Blutes verdoppeln und verdreifachen. Nach *Fuld* und *Müller* wird Jod bei innerlicher Anwendung in Mengen von 5—10 cg pro Tag nur in Spuren im Harn wieder ausgeschieden, zum größten Teil wird es gespeichert. Jodtinktur mit Milch, peroral gegeben, wird in hohen Dosen vertragen, weil sich ein Jodeiweiß bildet (*Lafay*).

Tierversuche über experimentell erzeugte histologische Änderungen beim Kaninchen durch Jodkalium und Jodnatrium ergaben, daß nach peroralen Gaben von 0,04—0,24 g Natriumjodid oder Kaliumjodid pro Kilo Körpergewicht von 12 Tieren 7 nach 19—28 Tagen starben. 5 Tiere lebten noch nach dem 36. Tag. Histologische Änderungen fanden sich in Lunge, Leber und Nieren. Die Lungen zeigten Stauung und geringes Ödem, die Nieren geringe trübe Schwellung der Tubuli contorti und der aufsteigenden Äste der Henleschen Schleife. Im Zentrum der Leber zeigte sich trübe Schwellung und geringe Verfettung. Die Blutgefäße enthielten sehr viel klares Serum. Große Unterschiede bei den beiden Verbindungen oder infolge der Erhöhung der Dosen fanden sich nicht (*Kolmer* und *Lucke*).

Bei *intravenöser Anwendung* läßt sich im Laufe der ersten Stunde eine schnellere Ausscheidung von Natriumjodid als von Kaliumjodid beobachten. Jeder Erwachsene verträgt gut 19 g Jodnatrium intravenös in 10%iger Lösung. Bei Kaliumjodid beträgt die Konzentration im Serum nach 10,0 g Kaliumjodid intravenös in 10%iger Lösung 43 mg% nach 48 Stunden nur noch eine Spur. Im Bluteiweiß findet man nach Natriumjodid nur Spuren Jod, nach Kaliumjodid im Durchschnitt 16,8% (*Osborne*).

Die intravenöse Anwendung wurde von den schon genannten *Kolmer* und *Lucke* in Tierversuchen geprüft. Es erhielten Kaninchen 0,02—0,16 g Natriumjodid oder Kaliumjodid pro Kilo Körpergewicht intravenös zweimal wöchentlich. 5 Tiere vertrugen 12 Injektionen, die übrigen starben vorher. Die Änderungen der Gewebe waren ähnliche wie nach peroraler Verabreichung von Jod. Tiere, die eine einmalige Injektion von 0,1 bis 0,5 g Jodnatrium oder Jodkalium erhielten, zeigten keinerlei Veränderungen in den Geweben. Diese Befunde sind besonders deshalb von großer Bedeutung, weil Arsenikalien, Quecksilber und Wismut häufig degenerative Veränderungen verursachen.

Digitized by Google

Praktisch von großer Wichtigkeit ist die *Jodaufnahme durch die Haut*. Wie aus zahlreichen Beobachtungen hervorgeht, wird Jod durch die Haut resorbiert. So wurde in neuerer Zeit die Jodresorption der intakten Haut von *Wetzel* und *Kniepf* untersucht. Diese Forscher kamen zu dem Ergebnis, daß eine Resorption stattfindet. *Schoeps* fand die günstigsten perkutanen Resorptionsbedingungen für Jothionöl. *Wittich* glaubt die Aufnahme durch die Zwischenräume der Epidermis annehmen zu können, *Röhrig* denkt an eine Aufnahme durch die Schweißdrüsen. Man darf annehmen, daß die Jodalkalien in wässeriger Lösung die intakte Hautfläche nicht durchdringen, sondern daß erst die Applikation des Jods in alkoholischer Lösung und Salbenform (hier auf Grund einer H_2O_2-Entwicklung) durch Abspaltung von freiem Jod eine Resorption zuläßt. Das freie Jod passiert die Haut ziemlich leicht; besonders stark scheint die Resorption an Schleimhaut und Wundflächen zu sein. Es geht in Form einer Eiweißverbindung ins Blut über. *Schuhmacher* konnte längere Zeit nach der Entwicklung von Jodtinktur an intakter Haut noch Jodeiweißverbindungen feststellen, auch dann, wenn der Jodanstrich schon unsichtbar geworden war. Er bestätigte damit teilweise die Untersuchungen von *Feist* und *Bonhoff*, die bei der perkutanen Jodapplikation die Wirkung sowohl auf das freie Jod als auch auf entstandene Jodeiweißverbindungen bezogen.

Bezüglich der Resorption von Jodkalium durch die Haut findet man die widersprechendsten Angaben in der Literatur. Alle Versuche, die bisher mit Jodkaliumsalbe gemacht wurden (vgl. die älteren Versuche von *Lion*, *Hirschfeld* und *Pollio*), schließen die Fehlerquellen in sich, daß die Salbengrundlagen durch Spuren freier Säuren elementares Jod freimachten, das dann angeblich von der Haut resorbiert wird. Dies würde eine Resorption von Jodkalium vortäuschen. Wie kompliziert bei solchen Versuchen die Verhältnisse liegen, geht aus einer Arbeit von *Zwick* hervor. Von *Canals* und *Gidon* wurden deshalb Versuche angestellt, bei denen Jodkaliumlösung in Form feuchter Verbände appliziert ein völlig negatives Resultat bezüglich der Resorption gab. Von Salben aus erfolgte eine Aufnahme des Jodkaliums durch die Haut, auch aus Salben, denen unterschwefligsaures Natrium zugesetzt war, um die Bildung von freiem Jod zu verhindern. Die einzelnen Salbengrundlagen verhielten sich ziemlich gleichmäßig; nur Lanolin verzögerte die Resorption. Jod in Form von Jodvasogen in einer Menge von 5—10 cg auf

Digitized by Google

die gesunde Haut verrieben geht nach *Fuld* und *Müller* auch nicht in den kleinsten Mengen in den Harn über. Der größte Teil des Jods scheint sich zu verflüchtigen. Nach *Peters* ist mit Isapogen (einer flüssigen Jodkampferseife, die zu gleichen Teilen je 6% Jod und Kampfer an vegetabile Fette gebunden enthält und sehr resorptionsfähig sein soll) eine perkutane Jodtherapie möglich. Auch *Oppenheim* hat mit diesem Präparat ausgezeichnete Erfolge. Bei dem Isapogen soll sich durch Verseifung freies Jodkalium abspalten. Daß auch durch Gebrauch von Jodbädern Jod in den Körper aufgenommen werden kann, konnten *Günther* und *Crippa* nachweisen.

Die Ausscheidung von Jod, das in den Körper hineingebracht ist, erfolgt hauptsächlich durch den Harn. Nach Gaben von 1,0—20,0 g Jodkalium per os beobachtete *Osborne* die höchste Jodkonzentration im Urin bis zur 2. und 4. Stunde. Die Gesamtausscheidung war in 96 Stunden beendet. Im Stuhl ließ sich keine wesentliche Ausscheidung feststellen (insgesamt nur 200 mg J nach 5 g NaJ). Jodnatrium wird bei intravenöser und peroraler Zuführung gleichmäßig schnell ausgeschieden. Kleine Dosen werden ebenso schnell entfernt wie große. Nach *Ascher* kommt Jod im Speichel und Magen zur Ausscheidung, wenn der Jodgehalt des Blutes eine gewisse Konzentration erreicht hat. *Bonnamour* und *Delore* untersuchten die Ausscheidung verschiedener Jodpräparate durch den Harn. Sie stellten fest, daß Jod, in Milch gelöst, am raschesten ausgeschieden wird. Eine etwas langsamere Ausscheidung findet sich bei in Glyzerin gelöstem, die langsamste bei kolloidal gelöstem Jod.

Über *die Wirkung der Jodtinktur* liegen ebenfalls neuere Untersuchungen vor. Bekanntlich verleiht ein Jodzusatz von 2 oder 5% dem 25%igen Alkohol eine außerordentlich hohe Desinfektionskraft. Nach *Rachmilewitsch* sind bereits nach einer Minute durch Jodspiritus alle Bakterien abgetötet, während der 25%ige Alkohol allein selbst nach 60 Minuten die Bakterien lebensfähig läßt. Offizinelle Jodtinktur und 96%iger Alkohol tötet jeder für sich die Bakterien nach 1 Minute ab. Diese starke Desinfektionswirkung des 96%igen Alkohols zeigt sich aber nur gegenüber feuchtem Bakterienmaterial. Gegenüber angetrockneten Bakterien läßt der Alkohol im Stich. Bei chemischer Neutralisation des Jods durch Natriumthiosulfat ist die Jodtinktur dem 96%igen Alkohol an Desinfektionskraft noch weit überlegen, wenngleich die Desinfektionswirkung der Jodtinktur sich jetzt ebenfalls geringer erweist. 10%ige Jodtinktur zeigt starke bak-

Digitized by Google

terientötende Kraft. Desinfektionsversuche an der Haut stimmen mit den in vitro erhaltenen Resultaten überein. Wurde von der jodierten Haut abgeimpft, so wuchsen gewöhnlich keine Bakterien mehr; nach Neutralisation mit Natriumthiosulfat waren dagegen noch entwicklungsfähige Keime nachweisbar. Ein Unterschied der Jodwirkung bei vorher gewaschener und getrockneter und vorher nicht gewaschener Haut war nicht zu erkennen. Die vorherige Waschung ist vorzuziehen, da hierdurch die Haut an sich schon keimärmer gemacht wird.

Pamfil hat einen kleinen Apparat vorgeschlagen, in welchem das reine pulverisierte Jod mit 20%igem Natriumjodat oder Kaliumjodat vermischt und unter Beigabe von 95%igem Alkohol die Jodtinktur hergestellt wird. So hat man stets eine frische Jodtinktur zur Hand. *Scheringa* hat, um die Nachteile der alt gewordenen Jodtinktur zu vermeiden, ein trockenes Gemenge von Jod und Talkum angegeben (2½—5%), das die Nachteile der Jodtinktur nicht hat und angeblich noch intensiver durch langsamere Resorbierung des Jods wirken soll.

Die Wirkung der Jodtinktur auf die Haut ist mehrfach Gegenstand von Untersuchungen gewesen. Die ersten Untersuchungen hierüber stammen von *Schede* und *Binz*. Diese Autoren fanden schon wenige Stunden nach einer energischen Pinselung eine seröse Ausschwitzung und eine Massenauswanderung von weißen Blutkörperchen nicht nur in der Haut, sondern auch subkutan und intramuskulär, also in ziemlicher Tiefe. Nach einigen Tagen konnten sie regressive Vorgänge feststellen, und zwar eine fettige Degeneration von Leukozyten und Gewebe und darauf Einschmelzung. Vielleicht können auf diesem Wege krankhafte Produkte, die im Bereich dieser Veränderungen liegen, zur Resorption gebracht werden. Von neueren Arbeiten seien folgende genannt. Kapillarbeobachtungen von *Niekau* zeigen, daß die Jodtinktur Kapillarerweiterung der arteriellen Kapillarschenkel verursacht. *Fritzler*, der die geschorene Bauchhaut bei gesunden Meerschweinchen in Ausdehnung von 2 qcm mit gewöhnlicher Jodtinktur bepinselte und die Veränderungen histologisch durch Probeexzisionen nach 1 Stunde bis 16 Tagen untersuchte, fand alle Zeichen einer akuten Entzündung (Hyperämie, Ödem), der sich regenerative und regressive Prozesse (oberflächliche Nekrosen) anschlossen. Diese Entzündungserscheinungen waren am 16. Tag noch nicht völlig abgeklungen. *Fasani-Volarelli un*tersuchte die Wirkung von Jodtinktur, welche verdünnt auf die Kämme und Lappen von Hüh-

Digitized by Google

nern gebracht wurde. Er erhielt Zellveränderungen im Stratum germinativum und filamentosum des Epithels, aber gleichzeitig eine aktive Proliferation anderer Zellen derselben Schichten. An der Kutis erfolgte ein Austritt von Serum und Polynukleären und bindegewebige Neubildung. Bei Fortsetzung der Jodapplikation nahmen zwischen dem 20. und 40. Tage die regressiven Veränderungen zu; sie waren stärker als die der Reparation. Im Bindegewebe begannen sich sklerotische Prozesse zu entwickeln.

Daß aber diese Hautreize nicht stark reizender Natur sind, geht daraus hervor, daß langdauernde Jodreizung keine Krebsbildung bewirkt. *Rosenstirn* hat Versuche an 200 weißen Mäusen von Stämmen ausgeführt, die als empfänglich für Geschwülste bekannt waren. Es wurden verschiedene Jodpräparate sowohl in alkoholischer wie in wässeriger Lösung auf die Haut aufgetragen und die Versuche über 18 Monate fortgesetzt. Makroskopisch zeigte sich in den späteren Perioden des Versuches nur eine gewisse Hautatrophie, mikroskopisch kam es zu Infiltrationen mit Lymphozyten oder Fibroblasten. Im Endstadium entwickelte sich fibröse Hyperplasie, die auf die Hautdrüsen übergriff. Niemals trat Hyperkeratose ein.

Das Verschwinden eines Jodanstriches ist bei verschiedenen Menschen verschieden. Aus dem Zeitablauf des Verschwindens glaubt *A. Mayer* prognostische Schlüsse ziehen zu dürfen. Er machte folgende Beobachtung: Im Verlauf einer schweren puerperalen Sepsis mit Vereiterung des rechten Auges und mit Pustelbildung an der allmählich sehr trocken gewordenen Haut, fiel es auf, daß Jodflecke im Stadium der noch schweren Allgemeinerkrankung tagelang fast unverändert bestehen blieben. Die Jodflecke verschwanden plötzlich in der Zeit, in der die schweren Allgemeinerscheinungen zurückgingen. Mit der beginnenden Genesung wurde also die Fähigkeit der Haut, den Jodanstrich zu beseitigen, erheblich gesteigert, während sie vorher tief darnieder lag. Bei Kontrolluntersuchungen an normalen Wöchnerinnen verschwanden die Jodpunkte von einem zum anderen Tag. Dagegen blieben sie ebenfalls bestehen bei Athyreoidose, schwerer Anämie, Myxödem und anderen mit Verminderung der Schweißbildung einhergehenden Erkrankungen. Basedow und Zustände mit vermehrter Schweißbildung beschleunigten das Verschwinden der Jodflecken. Das geschilderte Phänomen zeigt also Abhängigkeit von der Schweißsekretion.

Über die *Jodabspaltung* aus Jodoform und dessen Ersatz-

Digitized by Google

präparaten wurden von *Bachem* und *Kriens* folgende Beobachtungen gemacht. Untersucht wurde das Abspaltungsvermögen von Jodoform, Jodoformogen, Jodoformin, Novojodin, Europhen, Aristol, Airol, Vioform, Isoform, Jodol und Jodolen bei Einwirkung von Wasser, diffusem Tageslicht, Sonnenlicht und Brutschranktemperatur sowie mit Zusammenbringen von Eiweißlösungen unter den gleichen Bedingungen. Die bakterizide Wirkung des Novojodins, Airols, Aristols und Europhens, die leicht abspalten, entspricht nicht dem Grade der Jodabspaltung. Andererseits ist die antiseptische Wirkung des Vioforms und des Jodoforms bekannt, denen die Fähigkeit, Jod abzuspalten, nur in geringem Grade zukommt. Die *Binz*sche Theorie, nach der die keimtötende Wirkung des Jodoforms auf der Abspaltung von freiem Jod beruht, erscheint daher nicht ausschließlich Geltung zu haben, und es ist möglich, daß das intakte Molekül oder auch andere Abbauprodukte desselben an der Wirkung mitbeteiligt sind.

Die Frage der Jodspeicherung in normalen, mehr aber noch in pathologisch veränderten Geweben wurde von *Loeb*, *Jakoby*, *von den Velden*, *Riehl*, *Schraunk* u. a. bearbeitet. Danach erfährt das Jod im Organismus eine Ablenkung nach den erkrankten Geweben. So konnte in karzinomatösem, tuberkulösem und luischem Gewebe eine deutliche Jodspeicherung festgestellt werden. *Oswald Loeb* nahm sogar eine Entionisierung des Jods durch Zelltätigkeit und eine organische Bindung an das Gewebe an. Bei Lues hält er echt chemische Bindung für sicher, bei Tuberkulose läßt er die Annahme einer Adsorption gelten. *Holler* und *Singer* verlegen die Jodspeicherung in das peritumorale Gewebe. Sehr wichtig war nun die Feststellung, daß es gelingt, durch Röntgenstrahlen das Jodbindungsvermögen von Tumoren zu steigern. *Stepp* und *Jess* versuchten diese Beobachtung der Therapie nutzbar zu machen. Jedoch konnte *Werner* keine größeren Erfolge buchen. Es erscheint lohnend, diese Fragen weiterhin experimentell anzufassen.

Über Vergiftungen mit Jod und seinen Verbindungen liegt eine Studie von *Holm* vor. Für den Dermatologen sind als *Nebenerscheinungen* des Jods vor allem zu beachten: 1. die Jodidiosynkrasie, 2. durch Jod hervorgerufene Hauterscheinungen und 3. die durch Jod hervorgerufene Sensibilisierung des Körpers gegen Strahlen.

Grientschnig beobachtete 2 Fälle von Jodidiosynkrasie. Bei einer Patientin trat auf Bepinseln des Zahnfleisches mit Jod-

Digitized by Google

tinktur eine starke Anschwellung der Oberlippe und ein Ödem am harten Gaumen auf. Auf eine abermalige Jodpinselung kam es zu einem mächtigen Ödem des ganzen Gesichtes von einhalbstündiger Dauer, das auf den Kopf und den Hals übergriff und zu starker Atemnot führte. Eine ähnliche Beobachtung von geringer Ausdehnung wurde an einer zweiten Patientin gemacht. Eine gewisse Bedeutung hat die Jodidiosynkrasie in der Chirurgie. *Rowell* beobachtete eine schockartig 12 Stunden post operationem beginnende, mit Purpura einhergehende, tödlich verlaufende Jodvergiftung im Anschluß an mehrfache Joddesinfektionen des Operationsfeldes und der Operationswunde. Ein weiterer Fall von Jodidiosynkrasie wurde von *Sainz de Aja* beschrieben. Hier kam es bei einer Frau von 30 Jahren mit Hyperthyreoidismus und Hauttuberkuliden nach der dritten endovenösen Einspritzung von 1 g Natriumjodid in 20%iger Lösung zu starkem Erbrechen mit nachfolgender intensiver Gesichtszyanose, Schwund des Bewußtseins und Absinken und Verschwinden des Radialispulses. Auf Kampfer und Adrenalin sowie Koffein trat leichte Besserung ein. Es kam aber dann zum Auftreten von Erbrechen und generalisiertem Ödem des Gesichts. Nach 2 Stunden nahm der Puls wieder normale Formen an. Patientin klagte dann noch 2 Tage lang über heftige Schmerzen im Ohr.

Experimentelle Untersuchungen über die Jodidiosynkrasie der Haut wurden von *Buschke* und *Ollendorff* angestellt. Bei einem 38jährigen Patienten, der an einer universellen Dermatitis nach Jodkalium litt, ließ sich neben der Jodüberempfindlichkeit, für welche außer der Anamnese auch der Ausfall funktioneller Prüfungen sprach, Jodoformüberempfindlichkeit nachweisen. 14 Tage nach Abschluß der Reizversuche, als die Dermatitis schon völlig geheilt war, trat plötzlich die Hautentzündung in fast derselben Form wie das erstemal wieder auf. Am Eruptionstag wurde im Urin in großer Menge Jod nachgewiesen. An den folgenden Tagen gelang dagegen der Jodnachweis im Urin nicht. Nach den Autoren ist das Rezidiv in Beziehung zu den im Organismus kreisenden größeren Jodmengen zu setzen, und man darf annehmen, daß in diesem Fall eine durch Vorgänge im Körperstoffwechsel hervorgerufene Dermatitis (bei nachgewiesener Hautempfindlichkeit gegenüber empfindlichen Stoffen) vorliegt. Eine Bläschendermatitis infolge äußerer Jodanwendung beobachtete *Brain*. Ein weiterer Fall von außerordentlicher Jodüberempfindlichkeit wurde von *Lanzenberg* be-

Digitized by Google

richtet. Bei einem Kranken mit Sykosis des Gesichts kam es nach einem einzigen Verband mit verdünnter *Lugol*scher Lösung zu einem ausgedehnten Erythem und Ödem des ganzen Gesichtes und Halses und zu hochgradiger Dyspnoe. Es fand sich ferner hochgradiges Larynxödem. *Hüter* sah nach einem Verband mit Jodtinktur um den Hals einen Erstickungsanfall ohne irgendwelche Hautreize. Da in der Jodtinktur sich Methylalkohol befand, ist dieser vielleicht für dieses Symptom verantwortlich zu machen.

Weber sah mehrere Fälle von Ödem des Gesichts kurz nach Jodeinnahmen. In einem Falle war das akute Ödem der Augenhöhlen und des Gesichtes von einem sublingualen Ödem begleitet. Gleichzeitig entstand plötzlich eine Urtikaria am Kopf und am Stamm; es kam zu heftigen Schmerzen. Die Beschwerden wurden nach einer Adrenalininjektion um ein geringes gebessert.

Zum zweiten Punkte (Hauterscheinungen) ist folgendes zu bemerken. Die Hauterscheinungen nach Jod sind hauptsächlich bei innerer Anwendung des Medikamentes beobachtet worden. Es handelt sich hier meist um papulöse, nodöse, pustulöse Exantheme, um die Jodakne, das Jododerm und den Jodpemphigus.

In den letzten Jahren wurden von *Arndt* nodöse Joderytheme, von *Parounagian* und *Rulison* ein Jodkaliumexanthem, von *Hodara* und Mitarbeitern ein knötchenförmiger, pustulöser, ekzematöser und wuchernder Jodausschlag, von *Zinßer* u. a. ein Jododerma bullosum, von *Hallé* ein papulöses Jodexanthem bei einem 8jährigen Mädchen beobachtet. *Weber* berichtete über mehrere Fälle von Jododerma tuberosum fungoides.

Weitere Jodausschläge wurden von *Oliver*, von *Mutschlechler*, von *Leibkind, Andrews, Bruhns, Engman, Danel, Wise, Christoph* und *Semon* beobachtet. Fälle von Jodakne sind von *Cosiva* und *Wile* u. a. beschrieben.

Nach *Weber* kommt es gelegentlich nach Jodzufuhr zu Schwellungen der Parotis- und Submaxillardrüsen vielleicht im Zusammenhang mit der Ausscheidung des Jods durch den Speichel. Auch Schwellungen der Schilddrüsen nach Jodgebrauch kommen häufiger vor. Ebenso werden gelegentlich bei Jodismus Temperatursteigerungen beschrieben.

Über die Pathogenese dieser Ausschläge ist wenig bekannt. So ist nach *Haxthausen* die Pathogenese der Jodakne noch recht unklar. Dieser Untersucher glaubt nicht an eine irritierende Wirkung des abgespaltenen freien Jods in den Hautdrüsen (Abspal-

Digitized by Google

tungshypothese). Viel spricht dafür, daß die ungespaltenen Jodsalze selbst die wirksamen Faktoren sind. In sehr gründlichen Untersuchungen konnte *Haxthausen* zeigen, daß die hämolytische Wirkung der Staphylokokken (auf Blutagar) sowie die Wirkung des proteolytischen Staphylokokkenferments (in 10%iger Gelatine) bei der Anwesenheit von Natriumjodid im Vergleich zu NaCl bedeutend zunimmt. Es handelt sich hier nicht um quantitative Vermehrung der Bildung dieser beiden Bakterienprodukte, sondern um eine Zunahme ihrer Diffusionskraft, in dem durch das Jodsalz kolloid veränderten Milieu. Auf Grund dieser instruktiven Experimente zieht er Analogieschlüsse von der entzündungsbegünstigenden Wirkung des Jodsalzes in vitro auf die sich in vivo abspielenden Hautentzündungsprozesse bei der Jodakne.

Heinen führt die Jodakne auf Zersetzung des jodkalihaltigen Schweißes zurück, in welchem dem Azeton nahestehende Stoffe entstehen sollen. Durch Vollbäder mit Sodazusatz gelang es ihm, Jodschnupfen und Akne zu beseitigen. Angeblich blieb die Jodschädigung auch bei weiterer Applikation des Jods fort, sofern die Sodabäder weitergegeben wurden. Aus theoretischen Erwägungen heraus wurde deshalb die interne Verabfolgung von Natriumbikarbonat schon lange zur Bekämpfung der Jodintoxikation empfohlen.

Nach *Wile*, *Wright* und *Smith* sind die Pusteln der Jodakne zwar nicht steril, doch finden sich Bakterien darin erst sekundär. Die vom Jod erzeugte Hautentzündung stellt nach diesen Autoren eine biochemische Reaktion dar.

Sehr eigenartig ist das Verhalten der Dermatitis herpetiformis nach Jodzufuhr. Die eigenartige Empfindlichkeit dieser Erkrankung, auf interne Jodmedikation mit neuen Krankheitsschüben zu reagieren, war namentlich in Frankreich schon länger bekannt. *Jadassohn* konnte bei solchen Patienten durch äußere Anwendung von Jodkalisalbe Effloreszenzen von Dermatitis herpetiformis an der Applikationsstelle hervorrufen. Untersuchungen von *Spitzer* an der Breslauer Hautklinik zeigten, daß von 11 Fällen 88% bei interner und 20% bei lokaler, externer Jodanwendung mit einem neuen Krankheitsschub reagierten. In einem Falle gelang es durch interne Darreichung kleinster Jodmengen, eine Gewöhnung an zuvor nicht vertragene Dosen zu erreichen. Diese Jodempfindlichkeit spricht bis zu einem gewissen Grade für einen Zusammenhang der Krankheit mit endogenen Momenten, wie z. B. mit Störungen der Schild-

Digitized by Google

drüse, wofür auch die gelegentliche Kombination mit Basedow und erhöhtem Schilddrüsenabbau zu verwerten wäre. Auch bei einem Fall von *Werther* konnte durch 1 g Jodkali per os ein prompter Nachschub von Dermatitis herpetiformis Efflores-zenzen hervorgerufen werden. Es ist Aufgabe der Forschung, diese rätselhaften Erscheinungen weiter aufzuklären, zumal *Rost* einen Weg dazu wies.

Die durch Jod hervorgerufene Sensibilisierung des Körpers gegen Röntgenstrahlen schließt eine erhöhte Röntgenverbrennungsgefahr in sich (*Fränkel*). Es sind so Röntgenverbrennungen bekannt geworden, die eben zum Teil als Jodschädigung betrachtet werden müssen.

II. Jod bei Geschlechtskrankheiten.

Trotz Salvarsan und Wismut hat das Jod seine Stellung bei der *Syphilisbehandlung* zu behaupten gewußt. Wenn es auch nur eine symptomatische Wirkung hat, die besonders bei tertiärer Syphilis, aber auch bei manchen sekundären Erscheinungen wie Cephalaea, Periostitis, Gelenk- und Nervenbeschwerden, frühulzerösen und Gefäßerkrankungen hervortritt (*E. Hoffmann*), so ist es gerade zur Anwendung einer milden und vorsichtigen antiluischen Behandlung besonders alter Patienten unentbehrlich.

Die Tatsache der Jodspeicherung im syphilitischen Gewebe wurde schon erwähnt. So wird eine Reaktion des Gewebes unter erhöhter Jodzufuhr verständlich. Gerade bei gummösen Prozessen sind deshalb die Erfolge große. Man kann sich auch vorstellen, daß eine Jodbehandlung für das Salvarsan einen günstigen Boden schafft. So hat *Spiro* auf mögliche Wechselwirkungen zwischen Arsen und Jod erst in letzter Zeit hingewiesen. Ferner ist aus den Erfahrungen der inneren Medizin bekannt, wie es bei perniziöser Anämie durch Jodgaben gelingen kann, einen Wirkungseffekt des Arsens auf die roten Blutkörperchen, der vorher vermißt wurde, zu erzielen. Erinnert sei auch an die Tatsache, daß bei der Kombination von Jod und Quecksilber die Ausscheidung von Hg durch die Nieren erheblich beschleunigt werden kann, so daß es zu einer Schwächung der Hg-Wirkung kommt.

Die gebräuchlichsten Mittel bei der Luesbehandlung sind Jodkali, Jodnatrium, und von fertigen Mitteln Sajodin, Jodipin, Alival, Jodglidine und Mirion.

Jodkali und Jodnatrium werden in 1% wäßriger Lösung

Digitized by Google

verschrieben, wovon dreimal täglich 1—2 Teelöffel verordnet werden. Bei hartnäckigen Erscheinungen steigt man auf 6 g pro die, besonders wenn Quecksilber und Salvarsan nicht angewandt werden können. Jodkali wirkt stärker als Jodnatrium. Um auch Empfindlichen das Einnehmen von Jod möglich zu machen, reicht man Jodkali in Geloduratkapseln, die sich erst im Darme lösen; zuweilen wird etwas Antipyrin zugesetzt. Solche Kapseln sind als internes Antisyphilitikum bei älterer Lues recht brauchbar. Jodsalze werden nach den Mahlzeiten in Milch, Hafer- oder Reisschleim genommen. Sehr gut vertragen wird das kräftige Sajodin (jodmonobehensaures Kalium). Milder ist Jodglidine (jodiertes Pflanzeneiweiß). Einspritzungen von Jodipin (25 %iges Jodöl) ins subkutane Gewebe der Glutäen wirken sehr langsam und milde. Alival enthält 33 % Jod. Es wird in Tabletten und auch intragluteal verabreicht; in letzterer Form soll es sehr kräftig wirken.

Das Mirion, das etwas Jod in einem Kolloid eingeschlossen enthält, wurde in der ersten Zeit sehr gelobt. Die 1,7 % Jod sind im Gegensatz zu den Jodkalien in besonders leicht abspaltbarer Form vorhanden (*Fröhlich*). Im Tierversuch erwies sich die Verbindung als ungiftig. Nach *Oppenheim* läßt sich mit Mirion eine *Jarisch-Herxheimer*sche Reaktion, d. h. eine kräftige, zum Teil spezifische, zum Teil wohl unspezifische Wirkung auslösen. *Kyrle* und *Planner* haben ihre klinischen Erfahrungen mit diesem Jodpräparat veröffentlicht. Bei der in der Überzahl der beobachteten Fälle vorgenommenen kombinierten Anwendung mit Salvarsan scheint die Zurückbildung der Krankheitserscheinungen rascher zu erfolgen als mit Salvarsan allein, besonders wenn mehrere Jodinjektionen der Salvarsanbehandlung vorangeschickt wurden. Ebenso wurden die Liquorveränderungen, und zwar auch bei älterer Lues, sehr gut beeinflußt. Bei Metalues sahen die Autoren weitgehende subjektive Besserung. Weniger gute Resultate hatte *Hajos*. Bei diesem übte das Mirion allein bei 20tägiger Verabreichung (je 5 ccm) nicht den geringsten Einfluß weder auf die Spirochäten, noch auf die Hauterscheinungen, noch auf die Seroreaktionen aus. Es war nur mit Salvarsan wirksam. Die kombinierte Wirkung ging aber nicht über die einfache Salvarsanwirkung hinaus. Auch *Urban* hatte keine besonders günstigen Erfolge. Das Mittel verschwand allmählich wieder. *Biach* führte deshalb Aljodan, eine neue Jodverbindung, ein, die angeblich jene Hoffnungen, die das Mirion nicht erfüllt hat, stillen sollte. Aber auch dieses Mittel ist wieder verschwunden.

Digitized by Google

Die Wirkung *intravenöser Jodinjektionen* bei Lues wurde besonders von *Engwer* studiert. Ferner hat *Dub* über die einzeitige intravenöse Jodsalvarsanbehandlung berichtet. Die Jodlösung wird dabei nach folgender Vorschrift hergestellt:

> Natrii jodat. 20 solve in aqua dest. 1000, filtra, adde Jod. pur. 0,3, fiat solutio, da ad vitrum flavum cum epistameo vitreo, S. Jodlösung.

Jede Neosalvarsangabe wird statt in destilliertem Wasser in 20 ccm dieser Lösung in der üblichen Weise gelöst. Während durch das Salvarsan die Spirochäten im Körper direkt getroffen zu werden scheinen, wird Jod direkt in das kranke Gewebe abgelenkt und dort aufgespeichert, wo es besonders bei intravenöser Einverleibung eine Erweichung herbeizuführen scheint, so daß das Salvarsan dort befindliche Spirochäten leichter angreifen kann. Die Wirkung des Salvarsans auf Spirochäten und Syphilissymptome soll durch diese Kombination gesteigert werden, ohne daß bisher besondere Nebenerscheinungen beobachtet wurden.

Farnell hat intravenöse Jodinfusionen (Jodnatrium in 10 %iger Lösung, 100 g stets frisch bereitet) vorgenommen. Verdauungsstörungen traten nicht auf. Die Leberbeschwerden der Syphilitiker schwanden schnell, und die zerebralen Erscheinungen gingen rasch zurück. *Farnell* bestätigt die bessere Salvarsanwirkung bei gleichzeitiger Anwendung von Jod intravenös.

Über den Einfluß der Jodkalibehandlung auf die Wassermannsche Reaktion haben *Sahm*, *Poenitz* und *Engwer* Untersuchungen angestellt. Danach sollte das Jodkali im Spätstadium mehr als bisher benutzt werden. Auf demselben Standpunkt stehen *Sainz de Aja* und *Guszmann*. *Pelon* empfiehlt die Jodbehandlung zur Unterstützung antisyphilitischer Kuren bei Schwefelthermen.

Die Kombination von Jod und anderen Antisyphiliticis kann manchmal wirksam sein. *Pelon* empfiehlt Jodogyre und Lipogyre, beides Jodquecksilberpräparate, von denen das erste intramuskulär, das zweite innerlich gegeben wird. *Locchetti* empfiehlt eine von *Beccari* in Bologna angegebene komplexe Verbindung von Kaliumjodid und Quecksilberjodid, ein lösliches Präparat, das intramuskulär gegeben wird. Nach *Schreiner* wurden mit der *Preglschen* Jodlösung bei der Behandlung von Lues nennenswerte Erfolge nicht erzielt. *Winckler* empfiehlt, an Stelle des teuren Jodkaliums Jodtinktur zu gebrauchen. Eine

Digitized by Google

Verbilligung ist aber nur scheinbar vorhanden, da man durch Jodtinktur nicht so große Mengen von Jod in den Körper hineinbekommen kann.

Goodman kommt bei seinen Untersuchungen zu demselben Ergebnis. Auch er bevorzugt Jodnatrium, und zwar in Kombination mit Salvarsan. Im Sekundärstadium verfolgt *Goodman* das Ziel einer möglichst intensiven Behandlung. Er injiziert Salvarsan, Jod und Natriumthiosulfat. Durch dieses Mittel will er Arsenretention und Salversandermatitis verhindern. Bei Spätsyphilis behandelt er mit Jod und Salvarsan.

Nebenwirkungen sind beim Jodkali entsprechend seiner größeren Heilkraft am stärksten, beim Jodnatrium, Sajodin und den anderen Präparaten geringer. Sie bestehen in Schnupfen, Kopfschmerz, Konjunktivitis, Lid- und eventueller Gesichtsschwellung, Magen- und Darmstörungen und Exanthemen, seltener Drüsenschwellungen, Abmagerung und Schwäche. Antipyrin und Pyramidon, die einem Jodpräparat zugesetzt werden können, lindern die Beschwerden, ebenso auch Einnahme der Jodpräparate nach Mahlzeiten und Einhüllung in Milch, Haferschleim, Geloduratkapseln. Bei Joddarreichung ist Kalomelpuder oder Hg-Salbe äußerlich zu vermeiden.

Das Jod geht in den Liquor über und kann dort nach der Methode von *Kendall* (Journ. of biol. chem. 43) nachgewiesen werden. Bei Syphilis des Zentralnervensystems und bei Luikern mit meningealen Erscheinungen finden sich nach Jodbehandlung enorm hohe Werte. *Osborne* vermutet, daß das syphilitische Nervengewebe Jod speichert und die Meningitis die Durchlässigkeit der Hirnhäute für Jod vermehrt. *Detoni* fand für die Durchlässigkeit der Meningen gegenüber Jodsalzen bei 2 gesunden und 2 an tuberkulöser Meningitis leidenden Kindern nach Einführung von Jodnatrium in den Lumbalsack und Nachweis des Jods im Urin keinen Unterschied bei kranken und gesunden Meningen in der Richtung Liquor—Blut. *Cohen* fand bei Meningitis nach intravenöser Injektion von 5 ccm einer 10 %igen Jodkaliumlösung eine deutliche Jodreaktion im Liquor. Auch *Hoff* fand bei 14 Hunden und 20 Kaninchen, daß beim normalen Tier Jodkali nicht in das Zentralnervensystem eindringt. Dagegen konnte nach experimenteller Erzeugung eines Entzündungsherdes im Zentralnervensystem im Bereiche des Herdes reichlich Jod nachgewiesen werden. Auch bei chronischer Entzündung gelang es, Jod in das Zentralnervensystem einzubringen. Nach intravenöser Injektion wurde mehr Jod nach-

Digitized by Google

gewiesen als bei oraler Gabe. Die Wirkungsweise einfacher Jod- und verschiedener Handelspräparate zeigte keinen wesentlichen Unterschied. Bei gesunden Tieren gelang es, nach vorhergehender Schilddrüsenfütterung, wenn auch in geringen Spuren, Jod ins Zentralnervensystem zu bringen. Aus all diesen Untersuchungen scheint hervorzugehen, daß tatsächlich bei Entzündungserscheinungen eine Jodanreicherung im Zentralnervensystem erfolgt.

Farnell empfiehlt bei zerebralen und zerebro-spinalen Erkrankungen die von ihm in 4000 Fällen angewandte Behandlung mit 10%iger hypertonischer Jodnatriumlösung. Die Lösung muß unmittelbar vor der Injektion frisch hergestellt (10,0 crist. NaJ auf 100 aqua dest.) und langsam intravenös injiziert werden. Diese Injektion wird in Zwischenräumen von 3—4 Tagen wiederholt, so daß bei manchen Fällen innerhalb von 2—3 Monaten 240 g Jodnatrium verabreicht werden können. Die Vorteile der Methode sollen darin bestehen, daß trotz dieser hohen Dosen in keinem Falle Jodismus auftritt, auch in den Fällen nicht, die oral schlecht Jod vertragen. Dies wird auf die schnellere Ausscheidung des intravenös zugeführten Jodnatriums bezogen. Mit der Jodtherapie wird gleichzeitig eine Herabsetzung des intrazerebralen Druckes durch die Anwendung von hypertonischer Lösung erreicht. Wie weit eine epidurale Behandlung mit Jod Erfolg hat (*Schönfeld*), müssen weitere Untersuchungen lehren.

Auch zur Aufsuchung von Spirochäten kann Jodkalium gebraucht werden, jedoch nicht zur Darstellung der Spirochaeta pallida. Man muß zu diesem Zweck eine starke Lösung (20%iges Jod, 40%iges Jodkalium) verwenden, von der ein Tropfen mit dem zu untersuchenden Material auf dem Objektträger gemischt und mit einem Deckglas bedeckt wird (*Alessandrini*). Da auf diesem Wege aber nur gewisse Spirochäten und Bakterien deutlich werden, muß der Vorgang auf elektrische Ladungsverhältnisse zurückgeführt werden (die Pallida ist angeblich elektronegativ, die anderen Spirochäten sind positiv geladen). Die gefärbten Spirochäten treten metallschwarz (durch aufgelagertes Jod) deutlich hervor. Differentialdiagnostisch mag diese Reaktion gelegentlich von Wichtigkeit sein.

Einblick über den Einfluß des Jodkalis auf spezifische Hautreaktionen gewähren die Untersuchungen von *Martenstein* und *Granzow-Irrgang*. Danach ist bei interner Jodkaliumanwendung eine positive Luetinreaktion in der Haut zu erzielen, und zwar angeblich dadurch, daß Jodkalium und Luetin gemeinsam einen

Digitized by Google

neuen Stoff bilden, der in der Haut stark reizend wird, so daß das Bild einer positiven Luetinreaktion entsteht.

Die Anwendung des *Jods zur Behandlung der Gonorrhöe* beschränkt sich nicht nur auf die Reizmethoden mit *Lugol*scher Lösung, sondern sie geschieht auch bei der Epididymitis gonorrhoica. Man gebraucht hier Jodvasogen (*Stöber*), 10%iges Jodkali oder Jothionsalbe. Ebenso wird bei der Funikulitis Jodsalbe angewandt. Bei der Spermatozystitis gebraucht man Suppositorien mit Ichthyol und Jodkali. Bei der Induratio penis plastica wird innerlich Jodkali oder Sajodin, äußerlich Vasogen oder 10%ige Jodkalisalbe versucht.

In den letzten Jahren wurden Versuche mit *Pregl*scher Jodlösung bei der Behandlung der Gonorrhöe angestellt. Diese Jodlösung enthält neben einigen Jodverbindungen in geringen Mengen feines Jod und sonst keinerlei körperfremde Bestandteile. Sie kommt in bezug auf ihren osmotischen Druck und ihre Reaktionen dem Blutserum und den Gewebsflüssigkeiten sehr nahe und wird infolgedessen von den Schleimhäuten und dem Peritoneum subkutan, intramuskulär und intravenös selbst in großen Dosen gut vertragen. Sie scheidet am Orte des Bedarfs Jod ab und soll im Gegensatz zu allen bekannten wirksamen antiseptischen Mitteln ein Antiseptikum sein, das das lebende Gewebe nicht schädigt. Nach *Pregl* selbst hat sich diese Lösung bei der Zystitis sehr bewährt. *Schreiner* hat bei den verschiedenen Stadien der Gonorrhöe Versuche mit der Lösung gemacht und festgestellt, daß sie von der Urethralschleimhaut in den meisten Fällen gut vertragen wird. Bei der Gonorrhoea acuta anterior verschwanden die Gonokokken nach 5—17tägiger Behandlung mit Injektionen teils konzentrierter, teils bis zu vierfach mit Wasser verdünnter Lösung in nahezu allen Fällen. Bei der Behandlung der Gonorrhoea posterior und der gonorrhoischen Zystitis zeigte sich, daß die Blasenschleimhaut durch die konzentrierte und schwach verdünnte Lösung gereizt wird. *Pregl* riet deshalb, die Lösung mit 2%iger Borsäurelösung (1:10 bis 1:5) zu verdünnen, weil diese im Gegensatz zu allen anderen Säuren eine Jodabspaltung nicht provoziert. Mit dieser Mischung wurden Patienten mit gonorrhoischer Erkrankung der Anterior fast alle innerhalb 8 Tagen gonokokkenfrei. Auch bei allen Fällen von gonorrhoischer Posterior wurde innerhalb 2—5 Wochen durch Spülungen Heilung erzielt. Neben der Cystitis chronica gonorrhoica wurden angeblich auch die nicht gonorrhoischen Blasenentzündungen beeinflußt. Zu beachten ist nur, daß jede

Digitized by Google

Reizung aufs peinlichste vermieden wird. Bei einem Fall von einseitiger Gonitis ging die Gelenkschwellung nach 3 intramuskulären Injektionen mit 10 ccm der *Pregl*schen Lösung vollständig zurück (*Schreiner*).

Über den Gebrauch anderer Jodpräparate zur Behandlung der Gonorrhöe finden sich in der Literatur folgende Angaben. *Michaelis* empfiehlt Jodargol, eine außerordentlich feine elektrochemische Suspension feinster Jodteilchen in Öl, die 25 cg Jod im Kubikzentimeter enthält. Dieses Präparat wird nach Spülungen der Harnröhre mit Kaliumpermanganat in einer Menge von 2—3 ccm in Anterior und Posterior und in einer Menge von 5 ccm in die Blase instilliert. Im Gegensatz zu *Duroeux*, der bei frischer Gonorrhöe in 2—3 Tagen die Gonokokken schwinden, die Heilung in 7—9 Tagen sich vollziehen sah, wurden sonst 4 bis 6 Wochen gebraucht. Anfangs bewirkt die reizende Eigenschaft des Jodargols sogar eine Steigerung des Ausflusses. Bei Gonorrhoe der Posterior wirkt es mit 3—4 Instillationen angeblich ausgezeichnet, unter Umständen besser als Argent. nitr. Die Cervixbehandlung mit Jodargol soll ausgezeichnete Erfolge ergeben.

Auch *Tant* empfiehlt außer Behandlung mit Permanganatspülungen 2 ccm Jodargol mit etwas Luft zur besseren Verteilung in die Harnröhre einzuspritzen und 5 Minuten lang darin zu lassen. *Guillon* empfiehlt Instillationen kolloidaler Jodlösungen in wässeriger isotonischer Suspension bei chronischen oder subakuten gonorrhoischen und nicht gonorrhoischen Urethritiden sowie bei Zystitiden, besonders bei denen der Prostatiker.

Die Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis mit intravenösen Jodnatriuminjektionen wird häufiger angewandt. Nach *Ravich* werden 2 g Jodkali oder Jodnatrium in isotonischer Basis gelöst und intravenös eingespritzt. Die durchschnittliche Zahl der notwendigen Einspritzungen ist 4—5. Der Zwischenraum zwischen den Einspritzungen beträgt einen Tag, später zwei Tage. Schon nach der ersten Injektion erfolgt meistens Nachlassen der Schmerzen. Bei den von *Ravich* behandelten 90 Fällen zeigten sich zweimal Nebenerscheinungen in Form von Schwellungen der Speicheldrüsen und Schmerzen beim Bewegen der Kiefer. Die Injektionslösung soll angewärmt sein. *Wright* injiziert bei akuter Epididymitis in der Regel alle 48 Stunden 20 ccm einer etwa 20%igen Lösung von Jodnatrium. Meistens verschwinden nach diesem Autor die Schmerzen schon nach der ersten Injektion, während spätestens nach 3 weiteren Injektionen auch die objektiven Veränderungen verschwunden

Digitized by Google

sind. Nebenerscheinungen wurden hier nur bei Jodidiosynkrasie beobachtet. Die Ursache der Wirkung kann nicht erklärt werden, zumal die Therapie bei anderen gonorrhöischen Komplikationen versagt. Dagegen wurde verschiedentlich Impotenz auf gonorrhöischer Grundlage günstig beeinflußt. Auch *Rodriguez* hatte mit Jodnatriuminjektionen (4—8 Injektionen von 2 g Jodnatrium jeden zweiten Tag intravenös) günstige Resultate.

Die Behandlung mit Jodölen bei der Gonorrhöe der Samenblasen und als *Röntgenkontrastmittel* ergab anfangs einige Schwierigkeiten, da Lipiodol und Jodipin schwer resorbiert wurden und unbegrenzt lange Zeit im Gewebe verblieben, wodurch es gelegentlich zu Entzündungen und Narbenbildungen kam. Nach *Belfield* und *Rolnick*, die nach Vasotomie die Mittel in den Samenstrang einspritzten und dann Röntgenaufnahmen machten, war infolge der starken Viskosität von Lipiodol und Jodipin die Füllung der Samenblasen schwierig und oft unvollständig. Versuche mit Jodemulsionen mit tierischen Ölen zeigten, daß diesen die angegebenen Nachteile der Emulsionen mit vegetabilischen Ölen nicht anhaften. Am besten bewährten sich 10 g Jod auf 40 g Lebertran sowie Thymojodid mit Lebertran (10:30). Beide Mittel wirken in den Samenblasen gonokokken- und bakterientötend. Sie machen keine Strikturen an der Injektionsstelle und geben als Kontrastmittel genügend dichte Schatten.

Jodkali läßt sich in 5 %iger Lösung gut zur Kontrastfüllung des Nierenbeckens, der Blase und des Harnleiters verwenden. Es wird gut vertragen und hat gegenüber dem Kollargol den Vorzug großer Billigkeit (*Schönfeld*). *Joseph* fand in einer 25 %igen Jodlithiumlösung ein harmloses, sehr scharfes Kontrastmittel für die Pyelographie, das einen metallartigen Schatten gibt. Das Präparat ist warm injiziert reizlos für Nierenbecken und Blasen. Es wird in Ampullen von 12 ccm Inhalt in 25 %iger Konzentration von *Kahlbaum* steril in den Handel gebracht. Die zu injizierende Menge beträgt höchstens 20 ccm.

Nach *Scheele* ist das beste Kontrastmittel für die Pyelographie die 10—20 %ige Jodnatrium-, besser noch Bromkaliumlösung. Diese Lösungen haben den großen Vorteil, daß sie wasserlöslich, farblos, auch in starken Konzentrationen dünnflüssig und leicht sterilisierbar sind. Sie bilden mit dem Blaseninhalt und dem Anästhesierungsmittel keine Niederschläge und geben sehr kontrastreiche Bilder. Außerdem sind sie sehr billig.

Digitized by Google

Da Jodnatrium durch den Harn ausgeschieden wird, kam *Rowntree* auf die Idee, Blase und Niere vielleicht ohne Katheterismus röntgenologisch darzustellen. *Osborne*, *Sutherland*, *Scholl* und *Rowntree* von der Mayoklinik gaben deshalb nach Feststellung einer eventuellen Idiosynkrasie dreimal täglich 1 g Jodkali per os zwei Tage hindurch und am dritten Tage eine intravenöse Injektion einer 10%igen Jodnatriumlösung. Die Injektion von 10 g mußte dabei sehr langsam in 4—5 Minuten erfolgen. Patienten mit Tuberkulose, Strumen, Basedow wurden ausgeschlossen. Die Autoren erhielten ausreichend gute Blasenbilder mit 5—29 g Jodnatriumlösung intravenös. Die beste Zeit der Röntgenaufnahme nach der Injektion ist ½ bis 3 Stunden später. Auch bei Darreichung von Jod per os kann die Röntgenaufnahme des Harntraktes gut sein, und zwar ungefähr 1—2 Stunden nach einer Dosis von 10 g Jodnatrium. Wegen der Magenstörungen empfiehlt sich diese Art aber nicht. Am besten ist es, 3 Stunden hindurch jede Stunde 3 g Jodnatrium zu geben und 1—2 Stunden nachher die Aufnahme zu machen. Geringere Dosen als 3 g geben keine guten Befunde. Röntgentechnisch macht man zuerst gewöhnliche Kontrollaufnahmen ohne Verstärkungsschirm, dann Aufnahmen in verschiedenen Zeiten nach der Einnahme des Jods. Diese Methode eröffnete zahlreiche Möglichkeiten für die Forschung nicht nur am Harntrakt (Nachweis von Restharn in der Blase ohne Katheterismus, Studium der Blasenphysiologie), sondern auch für die anderen Organe und Systeme (unter anderen auch für die Untersuchungen des Gefäßsystems).

Bezüglich des Jodgebrauches bei Erkrankungen der Geschlechtsorgane ist noch folgendes zu erwähnen: *Bazy* empfiehlt, bei Zysten des Nebenhodens zu punktieren und hinterher Jodtinktur einzuspritzen. Er geht so vor, daß er nach sorgfältiger Desinfektion der Haut die Punktion mit Entleerung der Hydrozellenflüssigkeit vornimmt, und dann nach Injektion von Kokain, das 5 Minuten einwirken soll, offizinelle Jodtinktur einspritzt.

Bei der Diagnose der Gonorrhöe kann die Jodophilie im gonorrhöischen Eiter eine gewisse Rolle spielen. *Crosti* verwendet dabei folgende Methode: Das noch feuchte Ausstrichpräparat von zu untersuchendem Eiter wird über einer Petrischale Joddämpfen ausgesetzt. Man findet dann in frischen Fällen von Gonorrhöe bei den neutrophilen Leukozyten eine Färbung von Körnern oder endozellulären Schollen. Diese jodophile

Digitized by Google

Reaktion ist zwar für die gonorrhöische Eiterung nicht spezifisch, doch ist sie bei der akuten Form der Gonorrhöe häufiger als bei der chronischen. Geht der entzündliche Prozeß zurück, so findet auch eine Abnahme der Jodophilie statt. Die Jodophilie läßt keine Schlüsse für die topische Diagnose zu.

III. Jod bei Hauterkrankungen.

Die wichtigste Rolle spielt hier das Jod bei der Behandlung der *Pilzerkrankungen* der Haut (Aktinomykose, Blastomykose, Sporotrichose sowie bei allen anderen Dermatomykosen wie Trichophytie und anderen Pilzflechten, interdigitalem Ekzem). Die einzelnen Methoden seien im folgenden kurz geschildert, da sie noch nicht die Beachtung gefunden haben, die ihnen zukommt.

Bei den oberflächlichen Dermatomykosen wird seit langem die Pinselung mit Jodtinktur angewandt. Im Jahre 1919 hat *Sachs* eine kombinierte Behandlung von Jodtinktur und 5%iger weißer Präzipitatsalbe bei der Therapie der oberflächlichen Trichophytie angegeben. Die Technik besteht darin, daß die betreffenden Stellen mit Jodtinktur eingepinselt und bald nachher darüber eine 5%ige weiße Präzipitatsalbe appliziert wird. Schon nach ganz kurzer Zeit bildet sich unter mehr oder minder heftigem Brennen eine Dermatitis bullosa. Nach Abstoßen der Epidermis bleibt eine dem Krankheitsherd entsprechende große exkoriierte Partie zurück. Nach Anwendung von Zinkpaste soll die Affektion in wenigen Tagen vollständig geheilt sein. Der Vorteil dieser Methode besteht in der Abkürzung der Behandlungsdauer. Die Wirkung der gleichzeitigen Anwendung von Jodtinktur und Präzipitatsalbe beruht auf der Bildung des die Hautoberfläche ätzenden Jodquecksilbers. Narbenbildungen konnten dabei nicht beobachtet werden.

Zur Behandlung des Herpes tonsurans bei Kindern hat *Fraser* folgende Methode angegeben. Die befallenen Partien der behaarten Kopfhaut werden rasiert, mit Wasser und Seife gewaschen und dann mit Äther gereinigt. Die trockene Haut wird mit starker Jodtinktur bepinselt. Nach Eintrocknen wird die jodierte Fläche mit Äthylchlorid leicht vereist. Bei Affektion des ganzen Kopfes wäre zunächst die eine Hälfte, nach 1 bis 2 Tagen die zweite Hälfte zu behandeln. Das Kind erhält eine Kopfkappe und wird nach einer Woche wieder bestellt. Dicke Schuppenmassen, die durch kräftiges Waschen entfernt werden, bedecken dann meist die so behandelten Stellen. Bei nicht zu

Digitized by Google

starker Entzündung wird dieses Verfahren so oft wiederholt, bis die kranken Haare durch neue ersetzt sind. Bei heftigeren Entzündungszeichen wird entweder Borsalbe oder Präzipitatsalbe appliziert und nach Abflauen der Hauptentzündungserscheinungen die Jodbehandlung wieder aufgenommen. Um gute Resultate zu erhalten, muß die Kopfhaut immer wieder rasiert werden, wenn die nachwachsenden Haare eine Länge von zirka 3 mm erreicht haben. Alle fettigen Massen müssen stets sorgfältig mit Äther entfernt werden. Nach Applikation der Jodtinktur soll der Herd eine fast schwarze Farbe tragen. Die Behandlung bereitet den Kindern kaum Schmerzen und Beschwerden. Nach einer anderen Methode desselben Verfassers werden die erkrankten Patienten nach vorausgegangener Rasur und nach Entfettung dreimal, und zwar jeden zweiten Tag, mit einer Lösung von Jod in Chloroform (1 auf 30) bepinselt. Die erkrankten Stellen werden bis zur kompletten Jodabschilferung mit der üblichen Salbe behandelt. Das Verfahren wird bis zum Auftreten gesunder Haare wiederholt. Diese Methoden können besonders da angewandt werden, wo eine Röntgenepilation nicht möglich ist. Bei den Nagelmykosen werden mit großem Erfolg Pinselungen mit Jodtinktur mit Zusatz von Salizylsäure angewandt (*E. Hoffmann*, Tinct. Jodi 5%ig + 10%iger Salizylspiritus).

In den letzten Jahren ist besonders von französischer Seite die intravenöse Jodsalzbehandlung bei Sporotrichose und Aktinomykose sehr propagiert worden. So weist *Farnell* auf die außerordentlich günstigen Erfolge dieser Methode hin. Angeregt durch Veröffentlichungen von *Ravaut* über einen durch intravenöse Injektion von Jodkaliumlösung rasch geheilten Fall von Bartflechte wandte *Ronchese* dieselbe Methode in einer Anzahl von Fällen an, und zwar wurde eine Lösung von Jodkalium in Wasser (Jod 1, Jodkali 2, dest. Wasser 300), der nach Sterilisierung kurz vor Gebrauch 2 Teile destilliertes Wasser zugesetzt wurden, sehr langsam in die Venen injiziert. Die Dosen betrugen 1—12 ccm. Die Injektionen wurden alle 24 Stunden oder in Pausen von 2—3 Tagen vorgenommen. Bei einigen Fällen wurden 14 Injektionen mit insgesamt 80 ccm Jodkaliumlösung verabreicht. Die äußere Behandlung bestand teilweise in Borwasserumschlägen. Die Injektion wurde ausgezeichnet vertragen. Mit Ausnahme einer einmaligen Thrombose der Vene verursachte sie keine unangenehmen Nebenerscheinungen. *Ronchese* kommt zu dem Schluß, daß diese Behandlungsart keine

Digitized by Google

spezifische Therapie darstellt, daß man aber ihre Wirksamkeit im Zusammenhang mit der äußerlichen Therapie und Röntgenbestrahlung anerkennen muß. Um die unangenehmen Gefäßläsionen zu vermeiden, soll man nur kleine Dosen stark verdünnter Lösung in größeren Pausen injizieren. Zu ähnlichem Resultat kommt *Cattaneo*. Auch bei ihm waren die therapeutischen Erfolge meist recht gut; es wurde aber nicht immer dauernde Heilung erzielt. Die Biopsie eines Stückchens einer infolge der Injektion verhärteten Vene ergab einen thrombophlebitischen Prozeß. Inmitten der thrombotischen Stellen fanden sich als Zeichen einer beginnenden Kanalisation des Thrombus einzelne Höhlungen mit Endothel ausgekleidet.

Auch *Dong-Ngoc-Dieu* und *Millous* ergab die intravenöse Verabreichung der Lugolschen Lösung in den hartnäckigsten Fällen von Trichophytie und anderen Dermatomykosen im Orient bei Eingeborenen ausgezeichnete Erfolge. Diese Autoren gaben 5—20 Injektionen von 5—8—10 ccm der Lugolschen Lösung in 2tägigen Intervallen. Eine Verhärtung der Venenwände und eine Störung des Allgemeinbefindens konnte von ihnen angeblich niemals beobachtet werden.

Weitere gute Erfolge hatte *Sainz de Aja*. Bei einem Fall von Sykosis, der schon seit 2 Jahren bestand, trat in kurzer Zeit nach intravenöser Injektion einer Jodnatriumlösung 20 auf 100 vollständige Heilung ein, ohne daß es zu allgemeinen oder lokalen Beschwerden gekommen wäre. Lokal wurde dabei eine Jodlösung 1:100 ohne Depilation verwandt. Nach *Sainz de Aja* hat Jodnatrium ähnliche therapeutische Eigenschaften wie die Lugolsche Lösung, ohne deren Nachteile (Venenthrombosierung) zu besitzen. *Sainz de Grado* beobachtete in einem Kinderasyl 4 Fälle mit Trichophytie der behaarten Kopfhaut, die durch intravenöse Lugolinjektionen geheilt wurden. Nach *Covisa* spricht die oberflächliche Trichophytie schlechter auf die Lugolsche Lösung an als die tiefe. Auch *Senin* berichtete über einen Fall von erfolgreich mit intravenösen Jodeinspritzungen behandelter Aktinomykose der Haut.

Über andere Anwendungsarten des Jods bei Pilzerkrankungen der Haut weiß man folgendes. Im allgemeinen wird Jod per os in Form von Jodkali gegeben, wobei *Dufougéré* über besonders gute Erfolge bei der Behandlung der Dermatomykosen in Französisch-Guyana berichtet. Auch *Bérard* hat außerordentlich gute Erfolge mit Jodkali bei der Behandlung der Aktinomykose. Den besten Erfolg sah er bei der Aktinomykose der

Digitized by Google

Kiefer oder der Zunge, keinen Erfolg bei der Aktinomykose des Zentralnervensystems. Zwar kommen nach diesem Autor vereinzelt auch Spontanheilungen vor, jedoch heilen auch operativ entfernte Aktinomykoseherde erst aus, wenn innerlich Jodkali verabreicht wird. Die Heilungsdauer beträgt bei Weichteilaktinomykosen 14—25 Tage, bei Knochenaktinomykosen 1 bis 2 Monate mit oder ohne chirurgische Einwirkung. Rezidive kommen öfter vor, wenn die Jodkalieinnahme zu schnell eingestellt wird. Bei Menschen sollte die tägliche Dosis 2—3 g betragen.

Die kombinierte Anwendung von Jod und Röntgenbestrahlungen empfiehlt *E. Hoffmann* bei der Aktinomykose.

Die Behandlung der Aktinomykose mit kolloidalem Jod wurde von *Lortat-Jacob* und *Legrain* empfohlen. Sie hatten bei einer Patientin von 50 Jahren mit einer typischen Aktinomykose der Submaxillargegend eine schnelle Heilung erzielt. Die kolloidale Jodlösung war 4%ig. Im Vergleich mit der Jodtinktur entsprachen 2 ccm dieser kolloidalen Lösung 72 Tropfen von Jodtinktur 1:15. Die Autoren gaben von kleinen Dosen täglich 1 bis 7 ccm, morgens nüchtern auf einmal in etwas Milch. Dann setzten sie 16 Tage aus. Sie stiegen dann auf 10 ccm, die 28 Tage lang ohne Beschwerden vertragen wurden. 5 Wochen später war das ganze Infiltrat verschwunden; nur einige Narben waren übrig. *Darier* erinnert daran, daß man solche guten Erfolge auch gelegentlich mit anderen Jodpräparaten haben kann. *Thibaut* spricht sich für die schnellere Wirkung der kolloidalen Jodlösung aus.

Eine weitere Anwendungsart des Jods bei der Aktinomykose ist die Jodjontophorese nach *Wirz*. Dabei wird das Jod auf elektrischem Wege in die Haut hineingebracht. *Wirz* beschreibt 2 Fälle, bei denen zum erstenmal die jontophoretische Therapie mit Erfolg angewandt wurde. Die Heilung des ersten Falles ist um so bemerkenswerter, als dieser sich jeder anderen Therapie gegenüber resistent verhalten hatte.

Gute Erfolge mit der Jodbehandlung hatten *Roger*, *Sartory* und *Scheffler* bei der schwarzen Haarzunge. Diese beiden Autoren behandelten verschiedene Fälle dieser Art mit Jodkali, wobei sie schnelle Heilung erzielten.

Über die Art der Jodwirkung bei Pilzerkrankungen ist man sich noch nicht einig. *Henrici* und *Reynolds* konnten mit vorher verabreichten Dosen von Jodkali keine Immunität oder abschwächende Wirkung gegen die Infektion mit Actinomyces gypsoides bei Meerschweinchen erzielen. Nach diesen Unter-

Digitized by Google

suchern ist deshalb Jodkali kein spezifisch wirksames Mittel bei dieser Krankheit. *Lenhoff* und *Kagelmann* untersuchten die Wirkung des Jods bei der Sporotrichose. Da Kulturmaterial von Sporotrichose eine positive *Fischler*sche Fettsäurereaktion ergibt (Blaufärbung durch Nilblausulfat und Osmiumschwärzung), das Material also Ölsäure enthält, wurde zum Nachweis des an Ölsäure gebundenen Jods diese Eigenschaft verwandt. Es zeigte sich, daß nach Jodbehandlung die Pilzsporen Jod enthielten. Spritzte man sporotrichotischen Mäusen subkutan Jodkali ein und legte kurze Zeit darauf Objektträgerausstriche von den sporotrichotischen Abszessen an und färbte diese, dann ließ sich in den Sporen Jod nachweisen.

Nach *Adamson* ist das Jod ein altes Mittel gegen *Lupus vulgaris*. *Lugol*, der Vater der Lugolschen Lösung, hatte dieselbe bei der Hauttuberkulose schon angewandt. *Mac Cormac* konnte 2 Fälle von Lupus vulgaris mit Jodkali (2,5 g dreimal täglich) sehr gut bessern. Auch nach *Goubeau* ist eine intensive interne Jodbehandlung, kombiniert mit der Lokalapplikation von reinem und jodiertem Borbochloryl bei Lupus vulgaris von großem Nutzen. Die gleichen günstigen Erfolge hatten *Savnik* und *Truttwin* mit 2 neuartigen unschädlichen Jodwismut- und Joduranverbindungen beim Lupus vulgaris. Da wir zur Zeit über bessere Behandlungsmethoden verfügen, ist die Jodbehandlung des Lupus in Vergessenheit geraten. Wieweit hier neben einer direkten Wirkung auf das erkrankte Gewebe der Einfluß des Jods auf eine allgemeine Stoffwechselsteigerung eine Rolle spielt, bedarf noch der Aufklärung.

Nach den Erfahrungen von *Schraunk*, nach denen Jod im Karzinomgewebe gespeichert wird, hat *Riehl* 8 Fälle von Lupus und 3 Fälle von tuberkulösen Prozessen anderer Art mit Jod behandelt und sie gleichzeitig mit Radium- und Röntgenstrahlen bestrahlt. Die Erfolge dieser Therapie, bei der das Jod als Sensibilisator gebraucht wird, sind gute, wie die Bonner Hautklinik bestätigen konnte.

Auch die Behandlung des *Lupus erythematodes* mit Jod oder Jodverbindungen ist manchmal sehr günstig. Über gute Erfolge dabei berichten *Savnik* und *Truttwin*, ferner *Hauck*. Letzterer wendet Jodtinktur und weiße Präzipitatsalbe bei den reizlosen chronischen Formen des Erythematodes an. Die Anwendung geschieht derart, daß morgens die Hautstellen mit Jodtinktur eingepinselt und abends auf die jodierten Stellen weiße Präzipitatsalbe dick aufgetragen wird. Es resultiert meist eine

Digitized by Google

starke Reaktion, die unter antiphlogistischer Behandlung rasch zurückgeht. Wiederholung nach 8—14 Tagen. Bei kleinen Herden hat man oft mit ein- bis zweimaliger Behandlung vollen Erfolg. Die interne Jodbehandlung des Lupus erythematodes wird von *Bourdreau* sehr empfohlen.

Im Vorhergehenden wurde bei Besprechung der Therapie der Pilzerkrankungen kurz auf die *Jodjontophorese* nach *Wirz* hingewiesen. Dieses Verfahren hat noch weitere Anwendungsmöglichkeiten.

Bourguignon und *Conduché* stellten fest, daß auf elektrischem Wege eingeführte Jodionen bei der Behandlung adhärenter Narben lösend am Ort der Ioneneinführung wirken; bei multiplen Narben wirken sie auch an den örtlich nicht behandelten Stellen, wenn auch in geringerem Grade. Die an der negativen Elektrode aus Jodkali freigemachten Jodionen häufen sich in der Schilddrüse an. Es entsteht ein Gleichgewicht zwischen dem an der negativen Elektrode eingeführten Jod, dem zirkulierenden Jod, welches aufgespeichert wird, und dem, welches durch die Nieren ausgeschieden wird. Nach der Sitzung wird das aufgespeicherte Jod in einigen Tagen eliminiert.

Bei der Behandlung muß der Strom exakt auf die Narben lokalisiert werden, wobei die Elektroden möglichst nahe beieinander zu liegen kommen. Die negative Elektrode wird mit Jodlösung 1:100 getränkt. Die Oberfläche der Elektrode soll die Größe der Narbe haben und entsprechend derselben geformt sein. Es braucht also jeder Patient seine eigene Elektrode. Die Stromintensität hängt ab von der Größe der Elektrode (10 bis 20 Mill. Amp.). Kleinere Elektroden erfordern niederen Strom und verlängerte Stromzeit (normalerweise nicht über eine halbe Stunde). Der Behandlungszyklus ist so, daß in der ersten Woche 6 Sitzungen, in den folgenden 2 Wochen je 3 Sitzungen vorgenommen und dann 2—3 Wochen Pause eingelegt werden. Narben älteren Datums reagieren besser auf die Behandlung. Wichtig ist die Ausdauer in der Behandlung und die Geduld des Patienten. Die Behandlungsdauer ist wenige Wochen bis 12 Monate.

Laquerrière hat bei einem Fall von multipler hartnäckiger Abszeßbildung erfolgreiche Jontophorese mit Jodkali an der negativen Elektrode (8—12 Mill. Amp. und 30—40 Minuten Dauer in 6 Sitzungen) ausgeführt.

Günstige Erfolge bei der Behandlung der Sklerodermie mit Jodkaliumionisation hatten *Barthelemy* und *Armaingaud*. *Jean-*

Digitized by Google

selme, *Bourguignon* und *Lucas* haben ebenfalls Sklerodermiefälle in der angegebenen Weise mit gutem Erfolg behandelt. Die Verfasser brachten bei 10 Mill. Amp. und 30 Minuten Dauer 6—8 mg Jod in den Körper ein. An der positiven, mit Stärkewasser beschickten Elektrode erhielten sie bei genügend hoher Stromdichte die Jodreaktion. Jodismus wurde niemals bemerkt. Über einen weiteren Fall von Sklerodermie, der mittelst Jodkaliionisation behandelt und geheilt wurde, berichtet *Watrin*. Hier kam es angeblich durch Ionisation einer 5 %igen Jodkaliumlösung in 10 Sitzungen und einer jeweiligen Sitzungsdauer von 25 Minuten bei einer Stärke von 25—30 Mill. Amp. zu einem schnellen Erfolg. *Louste* und *Thibaut* haben bei einem Fall von Sklerodermie durch kombinierte Behandlung mit Organotherapie (Thyreoidea) und Jodkaliumionisation (1 %ige Lösung in 69 Sitzungen bei 3 Sitzungen in der Woche von je ¼stündiger Dauer und einer Stärke von 10—15 Mill. Amp.) eine effektive Besserung erzielt. Auch *Darier* bezeichnet die Ionisation als ideale Behandlungsmethode der Sklerodermie.

Über die gelegentlich gute Wirkung des Jods bei der Lepra und den Wert desselben bei der Diagnose dieser Erkrankung haben *Aoki* und *Wayson* berichtet. *Vigne* und *Pringault* sowie *Escommel* hatten bei der Hautleishmaniose sehr günstige Resultate mit Jodbismutchinin.

Als antihidrotisches Mittel sind Anstriche mit Jodtinktur wegen ihrer leicht entzündungserregenden Wirkung häufig angewandt worden. So hat *Andruszewsky* Jodtinktur als altbewährtes Mittel gegen mäßige Schweißbildung, besonders an den Füßen, neu empfohlen. Die unteren und inneren Flächen der Zehen, die untere Fläche und die Seitenränder der Sohlen und der Ferse werden ein- bis zweimal nach 1¼stündigem Fußbad in warmem Seifenwasser und nach gutem Abtrocknen mit Jodtinktur bestrichen. Auch *Seifert* sowie *Gerdeck* haben auf die vorzügliche Wirkung der Jodtinktur aufmerksam gemacht und die guten Erfolge bestätigt. Inwieweit hier häufig vorkommende Pilze vernichtet werden, die bei Schweißfuß eine große Rolle spielen, bleibt dahingestellt. Die Kombination von Jod und Ichthyol, die *Lissau* beobachtete, kann gelegentlich eine besonders gute bakterizide Wirkung auf die Haut hervorrufen.

Schließlich sei noch kurz darauf hingewiesen, daß bei der starken Wirkung des Jods auf den Gesamtstoffwechsel unter Umständen günstige Erfolge bei der *Psoriasis* erhalten werden können. So teilt *Leven* einen Fall schwerster Psoriasis arthro-

Digitized by Google

pathica mit, an dem in besonders bemerkenswerter Weise eine prompte und sichere Jodwirkung erkennbar war.

Die Bedeutung der Jodbehandlung des Erysipels, der Furunkulose und der Pyodermien ist zu bekannt, als daß sie hier besonders erwähnt werden müßte.

Zusammenfassend sehen wir, wie groß der Verwendungsbereich des Jods bei der Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten ist. Es hat mit seinen Verbindungen sich trotz Salvarsan und Wismut in der Luestherapie behauptet, da es gerade bei älteren Patienten mit alter Lues eine ausgezeichnete Wirkung entfaltet. Bei den Erkrankungen des Urogenitalsystems und der Haut hat es sich mit Hilfe moderner Methoden neue Gebiete erobert; man braucht nur an seine Wirkung als Röntgenkontrastmittel und bei der Jontophorese zu denken. Die fortschreitende Erkenntnis seiner biologischen Wirkungen läßt neue Anwendungsmöglichkeiten erhoffen, wie aus einigen im vorhergehenden beschriebenen Beobachtungen hervorgeht. Es ist Aufgabe der Dermatologie, sich an diesen so aussichtsreichen Arbeiten zu beteiligen zum Nutzen der Wissenschaft und damit auch des kranken Menschen.

Literaturverzeichnis.

Adamson, zit. n. *Mac Cormac*. — *Alessandrini*, Bull. e atti. d. reale accad. med. di Roma. Jahrg. 52. H. 1. S. 4—6. 1926. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 22. S. 185. — *Andrews*, Arch. of derm. a. syph. Bd. 11. Nr. 4. S. 547. 1925. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 18. S. 211. — *Andruszewski*, D. med. Wschr. Jahrg. 52. Nr. 19. S. 795—796. 1926. — *Anton*, Arch. f. exper. Path. u. Pharm. 48. S. 331. 1912. — *Aoki*, Japan. journ. of derm. a. urol. Bd. 23. Nr. 5. S. 19. 1923 u. Bd. 25. Nr. 9. S. 95—96. 1925. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 10. S. 375 u. Bd. 19. S. 510. — *Arndt*, Ztrbl. Bd. 1. S. 395. — *Ascher*, Med. Klin. Jahrg. 20. S. 752—753. 1924. — *Bachem* u. *Kriens*, Biochem. Ztschr. Bd. 120. S. 231—249. 1921. — *Barthelemy* u. *Armaingaud*, Bull. de la soc. franc. de derm. Jahrg. 1922. Nr. 7. S. 301—302. 1922. Ztrbl. Bd. 7. S. 386. — *Bazy*, Bull. de l'acad. de méd. Bd. 95. Nr. 24. S. 592—593. 1926. Ztrlbl. Bd. 22. S. 458. — *Beccari*, zit. n. *Lucchetti*. — *Belfield* u. *Rolnick*, Journ. of the Amer. med. ass. Bd. 86. Nr. 24. S. 1831—1833. 1926. — *Bérard*, Intern. clin. Bd. 3. Ser. 31. S. 107—110. 1921. Ztrbl. Bd. 4. S. 157. — *Bessunger*, D. m. W. 1916. S. 339. — *Biach*, Wien. m. W. Jahrg. 75. Nr. 21. S. 1237—1238. 1925. — *Binz*, zit. n. *Bachem* u. *Kriens*. — *Bonnamoure* et *Delore*, Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 91. Nr. 37. S. 1415 bis 1417. 1924. Ztrbl. Bd. 18. S. 133. — *Bourdreau*, zit. n. *Goubeau*. — *Bourguignon*, Bull. de la soc. franç. de derm. Jahrg. 1922. Nr. 6. S. 239—247. 1922. Ztrbl. Bd. 8. S. 391. Paris. méd. Jahrg. 14. Nr. 51. S. 515—520. 1924. Ztrbl. Bd. 16. S. 772. — *Bourguignon* et *Conduché*, Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des sc. Bd. 174. Nr. 22. S. 1437—1440. 1922. Ztrbl. Bd. 7. S. 378. — *Brain*, Brit. journ. of derm. Bd. 38. Nr. 5. S. 191—192. 1926. Ztrbl. Bd. 21.

Digitized by Google

S. 317. — *Bruhns*, Ztrbl. Bd. 18. S. 825. — *Buschke* u. *Ollendorff*, D. med. Wschr. Jahrg. 51. Nr. 51. S. 2109—2110. 1925. — *Canals* u. *Gidon*, Journ. de pharm. et de chim. Bd. 2. Nr. 3. S. 102—107. 1925. Ztrbl. Bd. 18. S. 882. — *Cattaneo*, Giorn. ital. d. malatt. ven. e. d. pelle Bd. 64. H. 2. S. 435—441. 1923. — *Cohen*, Lancet Bd. 206. Nr. 3. S. 127. 1924. Ztrbl. Bd. 14. S. 118. — *Covisa*, Act. dermo-sifiliogr. Jahrg. 16. Nr. 1. S. 24—25. 1923. — *Crippa*, Wien. klin. Wschr. 1927. S. 879. — *Christoph*, Ztrbl. Bd. 22. S. 21. — *Crosti*, Giorn. ital. d. malatt. ven. e. d. pelle Bd. 63. H. 2. S. 519—532. 1922. — *Danel*, Bull. de la soc. franç. de derm. Jahrg. 33. Nr. 1. S. 40—42. 1926. Ztrbl. Bd. 20. S. 461. — *Darier*, zit. n. *Lortat-Jacob* u. *Legrain*, zit. n. *Watrin*. — *Dong-Ngoc-Dieu* u. *Millous*, Paris méd. Jahrg. 13. Nr. 30. S. 88—89. 1923. Ztrbl. Bd. 13. S. 64. — *Detoni*, Rif. med. Jahrg. 39. Nr. 2. S. 25—27. 1923. Ztrbl. Bd. 8. S. 535. — *Dub*, Med. Klin. Jahrg. 17. Nr. 18. S. 525—526. 1921. — *Dufougéré*, Bull. de la soc. de pathol. de exot. Bd. 14. Nr. 7. S. 354—357. 1921. Ztrbl. Bd. 3. S. 51.. — *Duroeux*, zit. n. *Michaelis*. — *Engman*, Arch. of derm. a. syph. Bd. 8. Nr. 2. S. 254. 1923. — *Engwer*, B. klin. Wschr. Nr. 45. 1927. — *Escommel*, Bull. de la soc. de pathol. exot. Bd. 18. Nr. 8. S. 634—639. 1925. Ztrbl. Bd. 19. S. 764. — *Farnell*, Arch. of neur. a. psych. Bd. 7. Nr. 6. S. 729 bis 732. 1922. Ztrbl. Bd. 66. S. 210. Ann. méd.-psychol. Jahrg. 84. Nr. 1. S. 38 bis 49. 1926. Ztrbl. Bd. 23. S. 122. — *Fasani-Volarelli*, Pathologica. Jahrg. 13. Nr. 310. S. 514—516. 1921. Ztrbl. Bd. 3. S. 447. — *Feist* u. *Bonhoff*, zit. n. *Slauk*. — *v. Fellenberg*, Das Vorkommen, der Kreislauf und der Stoffwechsel des Jods. Sonderausgabe aus „Ergebnisse der Physiologie". Bd. 25. 1926. — *Fraenkel*, D. med. Wschr. Jahrg. 50. Nr. 4. S. 108—109. 1924. — *Fraser*, Child Bd. 15. Nr. 6. S. 188—190.. 1925. Ztrbl. Bd. 17. S. 452. — *Fritzler*, Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. Bd. 114. H. 1/2. S. 6—13. 1926. — *Fröhlich*, Wien. klin. Wschr. Jahrg. 34. Nr. 10. S. 105—106. 1921. — *Fuld* u. *Müller*, D. med. Wschr. Jahrg. 49. Nr. 28. S. 921.. 1923. — *Gerdeck*, D. med. Wschr. 1918. H. 24. — *Goodmann*, Med. Times. Bd. 54. Nr. 5. S. 119—120. 1926. Ztrbl. Bd. 22. S. 689. — *Goubeau*, Presse méd. Jahrg. 31. Nr. 67. S. 729. 1923. Ztrbl. Bd. 10. S. 371. — *Grabfield*, zit. n. *Osborne*. — *Grientschnig*, Ztschr. f. Stomatol. Jahrg. 50. Nr. 4. S. 108—109. 1924. — *Günther*, Prag. Arch. f. Tiermed. Teil A. H. 1. 1926. — *Guillon*, Journ. de méd. de Paris Jahrg. 40. Nr. 33. S. 624—625. 1921. Ztrbl. Bd. 5. S. 87. — *Guszmann*, Derm. Wschr. Bd. 81. Nr. 35. S. 1268—1274. 1925. — *Hajós*, Ztrbl. Bd. 3. S. 543. — *Hallé*, Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Bd. 21. Nr. 1/2. S. 11—12. 1923. Ztrbl. Bd. 9. S. 34. — *Hauck*, M. med. Wschr. Jahrg. 79. Nr. 50. S. 1482. 1923. — *Haxthausen*, Derm. Ztschr. Bd. 35. H. 1/2. S. 54—69. 1921. — *Heinen*, M. med. Wschr. 1916. — *Henrici* u. *Reynolds*, Proc. of the soc. f. exper. biol. a. med. Bd. 19. Nr. 5. S. 255—256. 1922. Ztrbl. Bd. 6. S. 237. — *Hirschfeld* u. *Pollio*, Arch. f. Derm. 77. S. 165. 1904. — *Hodara, Menahem* u. *Houloussi Behdjet*, Derm. Wschr. Bd. 75. Nr. 29. S. 730—731. 1922. — *E. Hoffmann*, Behandl. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. IV. Aufl. Bonn 1923. — *Hoff*, Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wien. Univ. Bd. 27. H. 1. S. 73—82. 1925. — *Holler* u. *Singer*, Biochem. Ztschr. Bd. 139. — *Holm*, Derm. Wschr. 83. S. 1763 u. 1796. 1926. — *Hüter*, zit. n. *Lanzenberg*. — *Jadassohn*, zit. n. *Spitzer*. — *Jacoby* u. *Bondi*, Beitr. z. chem. Phys. u. Path. 7. 10/11. Ztschr. f. Chirurg. 95. 1908. — *Jeanselme, Bourguignon* et *Lucas*, Bull. de la soc. franç. de derm. 1922. Nr. 6. S. 247—258. 1922. Ztrlbl. Bd. 8. S. 126. — *Jeß*, M. med. Wschr. 1921. S. 324. — *Joseph*, Ztrlbl. f. Chir. Jahrg. 48. Nr. 29. S. 707—708. 1921. — *Kniepf*, Ther. Halb-

Digitized by Google

monatsh. Jahrg. 34. — *Kolmer* u. *Planner*, Wien. kl. Wschr. Jahrg. 34. Nr. 10. S. 106—108. 1921. — *Lafay*, Bull. de la soc. franç. de derm. 1925. Nr. 5. S. 190—195. Ztrlbl. Bd. 20. S. 724. — *Lanzenberg*, Bull. de la soc. franç. de derm. 1926. Nr. 7. S. 598—599. Ztrlbl. Bd. 22. S. 525. — *Laquerrière*, Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 6. Nr. 6. S. 284. 1922. Ztrlbl. Bd. 7. S. 378. — *Leibkind*, Ztrlbl. Bd. 14. S. 299. — *Lenhoff* u. *Kagelmann*, Ztrlbl. Bd. 19. S. 203. — *Leven*, Derm. Wschr. Bd. 77. Nr. 33. S. 999—1004. 1923. — *Lion*, Arch. f. Derm. 1900. S. 635. — *Lissau*, Ther. d. Geg. Jahrg. 62. H. 12. S. 436—488. 1921. — *O. Loeb*, Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 69. Ebenda. Bd. 56. S. 320. 1907. — *Lortat-Jacob* u. *Legrain*, Bull. de la soc. franç. de derm. Jahrg. 32. Nr. 4. S. 148—152. 1925. Ztrlbl. Bd. 17. S. 803. — *Louste* et *Thibaut*, Bull. de la soc. franç. de derm. 1923. Nr. 7. S. 338—340. 1923. Ztrlbl. Bd. 10. S. 434. — *Lucchetti*, Giorn. ital. d. malatt. vener. e. d. pelle. Bd. 63. H. 2. S. 372—378. 1922. — *MacCormac*, Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 16. Nr. 9. Sect. of dermatol. S. 83—84. 1923. Ztrlbl. Bd. 10. S. 371. — *Martenstein* u. *Granzow-Irrgang*, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 152. S. 196—210. 1926. — *Mayer*, Mtsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 58. H. 5/6. S. 272—277. 1922. — *Michaelis*, Acta dermo-venereol. Bd. 2. H. 4. S. 437—439. 1922. — *Mutschlechler*, Dtsch. med. Wschr. Jahrg. 50. Nr. 7. S. 210. 1924. — *Niekau*, Ergebn. d. inn. Med. Bd. 22. S. 479—554. 1922. — *Oliver*, Arch. of derm. a. syph. Bd. 10. Nr. 2. S. 264—265. 1924. — *Oppenheim*, Mtsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. H. 3/4. S. 229—231. 1926. — *Osborne*, Journ. of the Amer. med. ass. Bd. 79. 1922. S. 615—617 u. 1921. Bd. 76. S. 1384—1386. — *Osborne, Sutherland, Scholl* u. *Rowntree*, Journ. of the Amer. med. ass. Bd. 80. S. 368—373. 1923. — *Pamfil*, Ztrlbl. Bd. 9. S. 182. — *Parounagian* u. *Rulison*, Arch. of derm. a. syph. Bd. 4. Nr. 2. S. 259. 1921. — *Pelon*, Gaz. des hôp. civ. et milit. Jahrg. 94. Nr. 35. S. 553—555. 1921. Ztrlbl. Bd. 4. S. 200. — *Peters*, Med. Kl. Jahrg. 22. Nr. 1. S. 25. 1926. — *Poenitz*, Intravenöse Behandlung v. Nierenkrankheiten m. Preglscher Jodlösung, zit. n. *Slauk*. — *Pregl*, Wien. kl. Wschr. Jahrg. 34. Nr. 24. S. 288 bis 289. 1921. — *Rachmilewitsch*, Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskr. Bd. 92. H. 1. S. 51—77. 1921. — *Raraut*, zit. n. *Lortat-Jacob* u. *Legrain*. — *Ravich*, New York med. journ. Bd. 115. Nr. 9. S. 516—518. 1922. Ztrlbl. Bd. 7. S. 75. — *Riehl*, M. med. Wschr. Jahrg. 68. Nr. 21. S. 644. 1921. — *Rodriguez*, Journ. of the Philippine Islands med. assoc. Bd. 6. Nr. 7. S. 223—226. 1926. Ztrlbl. Bd. 22. S. 287. — *Röhrig*, zit n. *Slauk*. — *Roger*, Gaz. des hôp. civ. et milit. Jahrg. 94. Nr. 80. S. 1269—1270. 1927. Ztrlbl. Bd. 4. S. 156. — *Ronchese*, Giorn. ital. d. malatt. vener. e. d. pelle. Bd. 63. H. 4. S. 918—925. 1922. — *Rosenstirn*, Journ. of cancer research. Bd. 10. Nr. 1. S. 61—65. 1926. Ztrlbl. Bd. 22. S. 189. — *Rost*, Kl. Wschr. 1924. S. 14. — *Rowell*, Surg. gynecol. a. obstetr. Bd. 36. Nr. 2. S. 219—226. 1923. Ztrlbl. Bd. 12. S. 176. — *Sachs*, Derm. Wschr. Bd. 78. Nr. 6. S. 165—166. 1924. — *Sahm*, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 132. S. 34—41. 1921. — *Sainz de Aja*, Rec. méd. de Sevilla. Jahrg. 43. Augusth. S. 1—3. 1924. Ztrlbl. Bd. 16. S. 787. — *Derselbe*, Actas dermo-sifiliogr. Jahrg. 17. Nr. 2. S. 82—84. 1925, u. Jahrg. 13. Nr. 2. S. 66—71. 1921, u. Jahrg. 17. Nr. 3. S. 137. 1925. — *Sainz de Grado*, zit. n. *Lehnhoff* u. *Kagelmann*. — *Sartory* u. *Scheffer*, Journ. de Méd. de Paris. Jahrg. 41. Nr. 30. S. 594. 1922. Ztrlbl. Bd. 6. S. 523. — *Sarnik* u. *Trattwin*, Ztrlbl. Bd. 7. S. 162. — *Schede*, zit. n. *Slauk*. — *Scheele*, Ztschr. f. Urol. Bd. 15. H. 8. S. 347—349. 1921. — *Scheringa*, Nederl. tijdschr. v. geneesk. Jahrg. 65. 1. Hälfte. Nr. 12. S. 1578. 1921.

Digitized by Google

Ztrlbl. Bd. 1. S. 479. — *Schoeps*, zit. n. *Slauk*. — *Schönfeld*, Wien. med. Wschr. Jahrg. 71. Nr. 11. S. 508—510. 1921. — *Derselbe*, Ztschr. f. Neurol. 104. — *Schraunk*, Wien. kl. Wschr. 1914. Nr. 4. — *Schreiner*, Derm. Ztschr Bd. 33. H. 3/4. S. 191—203. 1921. — *Schuhmacher*, Dtsch. med. Wschr. 1915. Ebenda. 1918. Nr. 47. Ebenda. 1915. Nr. 6. Ebenda. 1915. Nr. 23. — *Seifert*, Dtsch. med. Wschr. Jahrg. 52. Nr. 34. S. 1432. 1926. — *Semon*, Lancet. Bd. 211. Nr. 16. S. 893—894. 1926. Ztrlbl. Bd. 22. S. 525. — *Senin*, Ztrlbl. Bd. 20. S. 794. — *Slauk*, Vom Jod im Verwendungsbereich der inneren Medizin. Beiheft z. Med. Klinik. 1926. — *Spiro*, Ergebn. d. Physiol. Bd. 24. — *Spitzer*, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 142. H. 2. S. 310—316. 1923. — *Stepp*, Strahlenther. 10. S. 143. 1920. — *Stöber*, Med. Kl. Jahrg. 18. Nr. 3. S. 78—79. 1921. — *Tant*, Scalpel. Jahrg. 75. Nr. 36. S. 874—881. 1922. Ztrlbl. Bd. 7. S. 126. — *Takemura*, Hoppe-Seylers. Ztschr. 72. S. 78. 1911. — *Thibaut*, zit. n. *Lortat-Jacob* u. *Legrain*. — *Urban*, Ztrlbl. Bd. 3. S. 543. — *Veil* u. *Sturm*, Dtsch. Arch. f. kl. Med. 154. S. 329. 1927. — *von der Velden*, Biochem. Ztschr. 9. S. 54. 54. 1908. Ebenda. 21. S. 125. 1909. Berl. kl. Wschr. 1912. S. 825. — *Vigne* u. *Pringault*, Marseille-méd. Jahrg. 60. Nr. 15. S. 786—789. 1925. Ztrlbl. Bd. 10. S. 73. — *Watrin*, Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jahrg. 1923. Nr. 3. S. 8—10. 1923. Ztrlbl. Bd. 9. S. 105. — *Wayson*, Arch. of derm. Bd. 3. Nr. 3. S. 243—249. 1921. — *Weber*, Brit. journ. of derm. Bd. 35. Nr. 5. S. 169—180. 1923. — *Werner*, Strahlenther. Bd. 15. — *Werther*, Ztrlbl. Bd. 16. S. 528. — *Wetzel*, Journ. of pharm. a. exp. ther. Bd. 15. — *Wile*, Arch. of derm. Bd. 8. Nr. 3. S. 407—410. 1923. — *Wile, Wright* u. *Smith*, Arch. of derm. Bd. 6. Nr. 5. S. 529—541. 1922. — *Winckler*, Dtsch. med. Wschr. Jahrg. 41. Nr. 41. S. 1388. 1922. — *Wirz*, M. med. Wschr. Jahrg. 72. Nr. 23. S. 936—937. 1925. — *Wise*, Arch. of derm. Bd. 13. Nr. 6. S. 854—855. 1926. — *Wittich*, zit. n. *Slauk*. — *Wright*, New York med. journ. a. med. record. Bd. 118. Nr. 5. S. 292—294. 1923. Ztrlbl. Bd. 10. S. 472. — *Zinßer*, Ztrlbl. Bd. 7. S. 449. — *Derselbe*, Ztrlbl. Bd. 7 S. 450. — *Zwick*, Corr.-Blatt f. Schweiz. Ärzte. 1917. Nr. 39.

V.

(Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Berlin [Dir. Geh. *August Bier*].)

Ein Fall von Lichen vaccinicus.

Von

WILHELM RICHTER.

(Mit 2 Abbildungen.)

Die bisher im Anschluß an die Schutzpockenimpfung beobachteten Schädigungen lassen sich in 2 Gruppen einteilen:

1. Hämatogene Vakzine:
   a) akzidentelle oder akzessorische Vakzine,
   b) generalisierte Vakzine.

Digitized by Google

2. Ektogene Vakzine infolge von Auto-Inokulation:
   a) vereinzelte Pusteln an entfernten Körperpartien,
   b) Eccema vaccinatum.

Bei der ersten Gruppe handelt es sich nach der Ansicht von *Meder* und *V. Pirquet* um eine verzögerte Immunität, durch welche das hämatogen ausgeschwemmte Virus zu manifesten Hauterscheinungen führt. Im allgemeinen tritt dieses Krankheitsbild am 9.—11. Tage nach der Impfung auf. Diese generalisierte Vakzine ist außerordentlich selten. *Ginz* hat in letzter Zeit an einer Zusammenstellung seines außerordentlich reichen

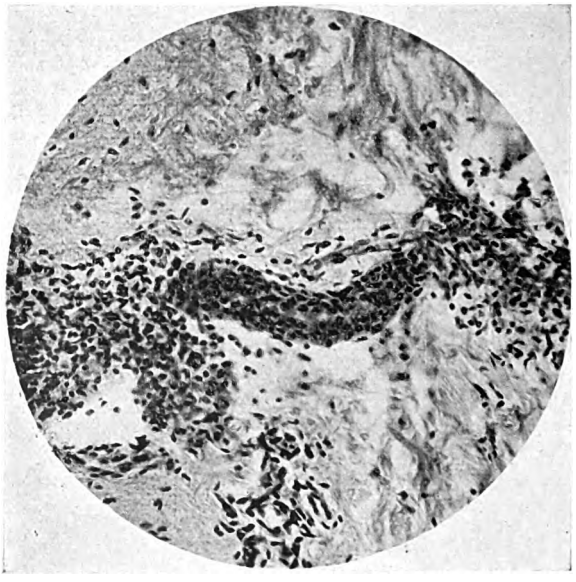


Abb. 1.

Materials vom Jahre 1913 an im ganzen nur 12 derartige Fälle beschrieben. Auch die in diese Gruppe einzureihenden akzidentellen Vakzine, die in der Umgebung der Impfstellen auftreten, sind verhältnismäßig selten und müssen streng abgegrenzt werden von denen, die durch Auto-Inokulation übertragen sind. Die ektogene Vakzine pfropft sich auf Kratzeffekte auf, die im allgemeinen ihre Ursache in juckenden Hauterkrankungen haben.

Während in früherer Zeit die ektogene Vakzine verhältnismäßig häufig war, gehört diese auch jetzt zu den Seltenheiten, seitdem vor der Impfung eine allgemeine Untersuchung vorgenommen wird und bei geringsten Anzeichen von juckenden Hauterkrankungen bis zur Heilung von der Impfung Abstand ge-

Digitized by Google

nommen wird. Bei chronischen Affektionen, bei denen das leider nicht möglich ist, muß nach der Impfung sofort an der Impfstelle ein Verband angelegt werden, durch den eine Auto-Inokulation ausgeschaltet wird.

An dieser Stelle muß weiterhin darauf hingewiesen werden, daß von den Impflingen auch Übertragungen mit Vakzinen auf die Umgebung stattfinden können und Eltern und Verwandte aufgeklärt werden müssen, daß sie dementsprechende Maßnahmen treffen.

Im folgenden bringe ich die Krankengeschichte eines Impflings, die insofern von besonderem Interesse ist, als es sich um

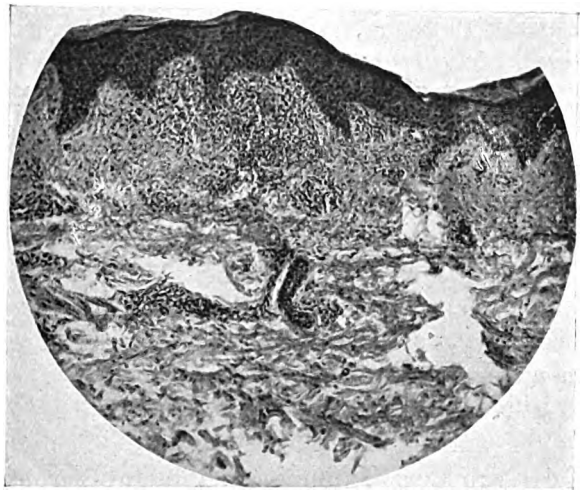


Abb. 2.

eine bisher in der Literatur noch nicht beschriebene Beobachtung im Anschluß an eine Impfung handelt.

Kind Norbert B., 14 Monate alt, Familienanamnese o. B. bis zum 6. Monat Brustkind, mit 8 Monaten angeblich Windpocken, die nach 14tägigem Bestand abheilten; im Anschluß daran kurze Zeit leichter Durchfall; seit Geburt besteht Nabelbruch. Vor zirka 3 Wochen Schutzpockenimpfung, alle 4 Impfstellen waren aufgegangen, nach der Impfung absolutes Wohlbefinden, bis zirka 14 Tage später zunächst an den Halspartien kleine rote Knötchen auftraten, die sich in kurzer Zeit über den ganzen Körper ausbreiteten und geringes Jucken verursachten. Es war nur aufgefallen, daß das Kind unruhig schlief und im allgemeinen weniger Appetit zeigte.

Status praesens: Kräftiges, dem Alter entsprechend entwickeltes Kind, läuft gut, Herz, Lungen, innere Organe o. B., an den Impfstellen geringe Krustenbildung; über den ganzen Stamm übergreifend auf den Hals und die Streckseiten der Extremitäten zahlreiche etwas über hirsekorngroße, flache,

Digitized by Google

braunrot verfärbte Knötchen polygonal konfiguriert, die zum Teil mit einem kleinen Schüppchen bedeckt waren, keinen Glanz zeigten.

Die *Probeexzision* ergab neben geringer Hyperkeratose Lymphozyteninfiltrationsherde besonders in dem Stratum papillar, aber auch in den tieferen Schichten perivaskulär angeordnet. Das Stratum spinosum zeigt keinerlei Veränderungen.

Tierimpfungsversuche konnten wegen des geringen Materials leider nicht ausgeführt werden.

Pirquet negativ. Therapie: Calcium carbonicum, Colloo D 3, 3mal täglich 1 Tablette. Nach 4 Tagen zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Knötchen unter Abblassung der braunroten Farbe. Nach 8 Tagen waren nur Spuren der ursprünglichen Herde zu finden, nach weiteren 8 Tagen völlige Heilung.

Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das klinisch wie auch histologisch den allergischen, wenn ich es so bezeichnen darf, Lichenerkrankungen, wie Lichen scrofulosorum, Lichen trichophyticus, Lichen microsporicus usw. anzugliedern ist, und die ich aus diesem Grund als Lichen vaccinicus bezeichnet habe.

Differenzialdiagnostisch konnte Lichen scrofulosorum wegen des Fehlens von Drüsenschwellung, Blepharitis, Konjunktivitis und Ekzem in der Umgebung der Körperöffnungen ausgeschlossen werden; außerdem sprach auch der Verlauf gegen die Diagnose Lichen scrofulosorum. Der negative Ausfall der Pirquetreaktion ist allerdings nicht sonderlich zu bewerten, da auch bei Lichen scrofulosorum die Pirquetreaktion negativ sein kann, worauf von anderen Autoren (*Jadassohn* u. a. m.) schon hingewiesen wurde.

Ich glaube annehmen zu dürfen wegen des Zusammenhanges mit der Schutzpockenimpfung, daß eine Verbindung zwischen der Hautaffektion und dieser besteht und daß die Knötchenbildung als allergischer Vorgang in der Haut aufzufassen ist, der auf die Ausschwemmung des Vakzinevirus zurückzuführen ist.

Miliaria rubra konnte wegen der Verfärbung und der Gestalt der einzelnen Effloreszenzen ausgeschlossen werden.

Zusammenfassend handelt es sich in dem vorliegenden Fall um eine lichenoide Erkrankung, die mit der Schutzpockenimpfung in Verbindung zu bringen ist und als Ausdruck einer allergischen Vakzineerkrankung aufzufassen ist. Mit der Bezeichnung Lichen vaccinicus glaube ich das Krankheitsbild am besten zu treffen.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am Dienstag den 13. Dezember 1927.

Vorsitzender: Herr *G. Arndt.* Schriftführer: Herr *R. Ledermann.*

Geschäftlicher Teil:

Herr Geh. Sanitätsrat Professor Dr. *Benda* wird anläßlich seines 70. Geburtstages zum Ehrenmitglied ernannt.

Wissenschaftlicher Teil:

Herr *Arndt* demonstriert:

1. 12jähriges Mädchen mit *akuter Miliartuberkulose der Haut* und *Mundschleimhaut.* Beginn des namentlich an Handflächen, Fußsohlen, Hand- und Fußrücken, Gesäßbacken, Ellbogen und Stirn lokalisierten, vorwiegend hämorrhagischen bzw. hämorrhagisch-bullösen, im Gesicht kleinpapulösen, lichenoiden Ausschlags vor 14 Tagen.

Die auf Grund des klinischen Bildes gestellte Diagnose wurde durch den mikroskopischen Befund (riesenzellenhaltige, scharf umschriebene, rundliche Knötchen, in denen 2 säurefeste Stäbchen nachgewiesen werden konnten) und durch das Ergebnis der röntgenologischen Untersuchung (miliare Aussaat in beiden Lungen) bestätigt. Besonders hervorgehoben werden die schlüsselförmig vertieften, nekrotisch belegten und hämorrhagischen Ulzerationen an Gaumen und Zunge.

2. 12jähriger Knabe mit *Granuloma teleangiectaticum pediculatum benignum.* Der dem Umfang einer halben Himbeere entsprechende Tumor hatte sich im Anschluß an eine geringfügige Verletzung des Lippenrots entwickelt.

Die demonstrierten mikroskopischen Präparate zeigen in der Hauptsache eine flach ulzerierte, angiomatöse Neubildung.

3. Abbildungen und mikroskopische Präparate eines vor wenigen Tagen verstorbenen 38jährigen Mannes mit *Lymphogranulomatose der Haut.* Analogie mit den bekannten Fällen von Groß und Bruusgaard. Außer der für „Hodgkin" charakteristischen, ausgebreiteten Lymphdrüsenerkrankung zahlreiche kutane — vielfach zentral nekrotische, auch flach ulzerierte — und subkutane Tumoren an Vorderfläche und Seitenfläche des Thorax. Ausgesprochenes Ödem der Brusthaut. Trockene, schilfernde, etwas an Ichthyosis erinnernde Veränderung und punktförmige Pigmentflecke der Rumpfhaut, wie sie auch sonst bei dieser Erkrankung beobachtet werden.

Der Patient ist an einem Erysipel zugrunde gegangen.

4. 50jähriger Mann mit *fast universellem Lichen ruber planus* von sehr ungewöhnlichem klinischen Aussehen. Außer flächenhafter, scharf begrenzter Infiltration knotenförmige und bullöse Veränderungen. Am äußeren Genitale und an der Gaumenschleimhaut Veränderungen, deren Erkennung als Lichen ruber geringere Schwierigkeiten macht.

Das histologische Bild der demonstrierten Präparate für Lichen planus absolut charakteristisch. — Unter der sofort nach Aufnahme in die Klinik eingeleiteten Arsenbehandlung hat sich sehr schnell ein Rückgang des seit 2 Jahren bestehenden, durch heftiges Jucken quälenden Leidens eingestellt. Starke Beteiligung der behaarten Kopf- und der Gesichtshaut.

5. 50jähriger Mann mit einer sehr ungewöhnlichen, seit 9 Jahren bestehenden, durch zahlreiche symmetrisch verteilte, namentlich an den Streckseiten der Extremitäten, an den Gesäßbacken, in geringerem Grade an Rumpf und

Digitized by Google

Kopf (inkl. Mundschleimhaut) lokalisierte hämorrhagische Knoten ausgezeichneten Hauterkrankung.

Die hämorrhagischen, vorwiegend kutanen Knoten, die sich stellenweise zu sehr umfangreichen Infiltraten entwickeln, werden nach kurzer Zeit trockennekrotisch, zerfallen geschwürig und hinterlassen sehr scharf begrenzte, rundliche, bzw. bogig konturierte, pigmentfreie Narben.

Die sehr häufig wiederholte auch röntgenologische Untersuchung der inneren Organe, des Blutbildes hat außer einer geringgradigen Linksverschiebung des letzteren kein greifbares Resultat ergeben.

Abgesehen von einer durch die Ausdehnung der Hautveränderungen erklärlichen geringfügigen Beeinträchtigung des Wohlbefindens ist die allgemeine Gesundheit nicht wesentlich gestört und auch während des 9jährigen Verlaufs nicht gestört gewesen.

Im mikroskopischen Bilde eines geschlossenen Knotens findet sich ein dichtes, zellreiches, kutanes Infiltrat, dessen Hauptmasse von polymorphkernigen Leukozyten gebildet wird, so daß man bei der Betrachtung der histologischen Veränderungen zunächst an einen in Bildung begriffenen Hautabzeß denken würde. *Unter* der *geschlossenen Epidermis* finden sich haufenförmig gelagerte grampositive Kokken.

Versuche, aus dem Gewebe der Hautknoten und aus dem Blut Mikroorganismen zu züchten, sind stets fehlgeschlagen.

Das häufige Auftreten leichter fieberhafter Anginen, die der in Schüben verlaufenden Hauterkrankung voraufgehen, legt die Annahme einer relativ gutartigen, chronischen Sepsis nahe.

Aussprache:

Herr *Bodtländer.*

Herr *Gottron* (Universitätshautklinik): Pityriasis lichenoïdes chronica und Naevus anaemicus bei einem 26jährigen Mann: Die Pityriasis lichenoïdes ist vor allem an den seitlichen Rumpfpartien und auf den Streckseiten der Extremitäten lokalisiert und vornehmlich gekennzeichnet durch kleine rötlichbraune knötchenförmige Effloreszenzen, die nur zum geringen Teil mit Schüppchen bedeckt sind. Kollodiumartig aufgeklebte Schüppchen sind nur ganz vereinzelt vorhanden. Die morphologische Erscheinungsform hatte anderwärts zur Verwechslung des Exanthems mit Lues geführt. Antiluetische Behandlung war eingeleitet worden. (Beachte Salvarsaninfiltrat lk. Ellenbeuge.) Wassermannsche Reaktion negativ. Typischer klein handtellergroßer Naevus anaemicus auf der linken Brust.

Herr *Löhe* (Virchowkrankenhaus): Frau H., 27 Jahre alt, ein 4jähriges gesundes Kind, 2 Aborte 1922 und 1923 im 3. Monat. Am 1. 10. 1927 Erkrankung mit Halsschmerzen, Schüttelfrost, Fieber 38,3. Halsentzündung klang in 3 Wochen ab, die Patientin war 8 Tage beschwerdefrei. Am 26. 11. erneut Halsentzündung und Kopfschmerzen, kein Fieber; gleichzeitig stellte sich ein Ausschlag auf Stirn, Lippen und am Genitale ein, nach weiteren 3 Tagen Schmerzen in Hand- und Kniegelenk, erhebliche Gewichtsabnahme.

Aufnahme am 3. 12. 1927: Anämische Frau, 43 kg Gewicht. Temperatur 36,8. Im Urin Alb. Sediment reichlich Leukozyten; kein Zucker. Milz derb, deutlich palpabel.

Mundhöhle: auf beiden kastaniengroßen, geröteten Tonsillen zahlreiche Pfröpfe; am linken vorderen Gaumenbogen und an der Unterlippe oberfläch-

Digitized by Google

liche, unregelmäßige Epitheldefekte, grauweißlich gefärbt. An beiden Zungenrändern mehrere linsengroße, scharf begrenzte Ulzera mit eitrig belegtem nicht infiltriertem Grund, geröteter Umgebung.

Genitale: rechtes kleines Labium ödematös verdickt, weich. Auf der Innenfläche der beiden kleinen Labien sowie am linken großen Labium eine Anzahl stecknadelkopf- bis linsengroßer, scharf begrenzter, oberflächlicher, nicht infiltrierter mehr oder weniger tiefer Erosionen. An der hinteren Kommissur oberflächliches, nicht infiltriertes, fast pfennigstückgroßes, eitrig belegtes Ulkus mit scharfen Rändern, welches lebhaft sezerniert. An der Portio pfennigstückgroße, oberflächliche Erosion.

Haut: An Stirn, Nase, medialen Wangenpartien, Nasolabialfurche, Lippe, Kinndreieck und Nacken sieht man ein lividrotes, urtikariell erhabenes Exanthem. Im Bereich desselben finden sich eine größere Zahl linsen- bis erbsengroßer Effloreszenzen, die zum Teil konfluiert, wenig infiltriert sind. In der Nasolabialfurche und im Kinndreieck treten die Effloreszenzen stärker hervor, sind mit bräunlichen Schuppen bzw. Krusten bedeckt. Nach Abheben derselben erfolgt keine Blutung, keine Serumsekretion. Auf der Haut des behaarten Kopfes zahlreiche bis etwa pfennigstückgroße, lividrote, kaum infiltrierte, nicht schuppende Herde. In der rechten Hohlhand sowie in der linken Handgelenkbeuge je eine linsengroße, bräunliche, leicht infiltrierte Papel mit geringer Schuppung. Die Haut des übrigen Körpers ist völlig frei.

Drüsen: Inguinales, cervicales, submaxillares wenig geschwollen.

Die oben beschriebenen Effloreszenzen in Gesicht und Mundhöhle, an Nacken und Genitale, Portio wurden in sehr zahlreichen Serienpräparaten täglich untersucht. In keinem einzigen der vielen Präparate wurden Spirochaetae pallidae gefunden; in den Abstrichen von den Tonsillen fanden sich neben anderen Stäbchen und Kokken am ersten und zweiten Tage Plaut-Vinzentsche Erreger, keine Diphtheriebazillen. Die serologische Untersuchung des Blutes in unserem Laboratorium, im Institut Robert Koch und bei Dr. Meyer ergab nach Wassermann und Meinicke ein stark positives Resultat. Luetinreaktion: negativ. Lumbalpunktion: negativ. Das Blutbild ergab eine Monozytose mit Linksverschiebung (18%). Nach 2 Tagen waren die Pfröpfe von den Tonsillen verschwunden; es traten nunmehr deutlich linsen- bis erbsengroße ulzeröse Veränderungen auf den Tonsillen zutage, in denen auch keine Spirochäten gefunden wurden.

Auf eine provokatorische Injektion Neosalvarsan 0,15 war eine stärkere Infiltratbildung an den Effloreszenzen des Gesichts zu bemerken, auch stellten sich Schmerzen in beiden Kniegelenken ein, kein Erguß. — 2 papulöse Effloreszenzen vom Kinn wurden exzidiert (keine Spir. pall.) und auf Kaninchen überimpft, sowie zur Levaditifärbung verarbeitet.

Der Ehemann, 31 Jahre alt, wurde im April 1927 wegen eines P.A. am Penis mit 22 Injektionen Salvarsan behandelt. Im August/September, da sich wieder Erscheinungen zeigten, mit etwa 24 Injektionen Salvarsan. Bei der Untersuchung am 5. 12. bestand im Sulcus coronarius ein überhäutetes pfennigstückgroßes Infiltrat, am Stamm und den Extremitäten einzelne bohnen- bis markstückgroße, braune, wenig infiltrierte Herde. Geringe allgemeine Drüsenschwellung. Wassermann, Meinicke negativ. Bei dem Patienten waren im August in der Universitätshautklinik in dem Infiltrat am Penis zahlreiche Spirochäten (++++ pos.) gefunden worden, die Diagnose auf salvarsan-

Digitized by Google

resistente Lues, psoriasiformes Syphilid gestellt worden. Der Patient hatte sich aber nach einer Injektion Kalomel der weiteren Behandlung entzogen.

Der vorgestellte Fall ist deshalb bemerkenswert, weil die Frau von dem Ehemann infiziert worden ist, der an einer salvarsanresistenten Lues (reichlich Spir.-negative Blutreaktion) leidet, bei der Frau jetzt ein sekundärsyphilitisches Exanthem besteht, in welchem sich keine Spirochäten finden, während die serologische Untersuchung des Blutes stark positiv ist. Die Erklärung für diesen auffallenden Befund ist vielleicht darin zu suchen, daß die Spirochäten des Mannes infolge der sehr reichlichen Salvarsanbehandlung leichter abtötbar geworden sind und daher bei der Frau, die über vermehrte Abwehrstoffe verfügt (Wassermann stark pos.), schnell zugrunde gegangen sind.

Herr *Buschke* demonstriert:

1. Ein 7jähriges Kind, welches im Anschluß an einen Keuchhusten vor 3 Jahren einen ausgedehnten Haarausfall bekam, der schließlich den ganzen Kopf betraf und bisher jeder Behandlung trotzte, bis auf Kombination von Höhensonne, Thyreodin und Thyroxin und jetzt partielles Haarwachstum sich entwickelt hat. Die Behandlung wurde von Dr. *Pototzky* im Kaiserin-Augusta-Viktoriahaus ausgeführt.

2. Einen 52 Jahre alten Mann, der bereits einmal von Herrn Kollegen *Bruhns* hier vorgestellt worden ist, mit einem über Rumpf und obere Extremitäten disseminierten Exanthem, das damals als eine Form der Pityriasis lichenoides acuta varioloiformis aufgefaßt wurde, das mit Narbenbildung abheilte.

Es war damals bereits erwogen worden, ob eventuell ein Tuberkulid vorläge. Dieses Exanthem hatte er vor 2 Jahren zum erstenmal. Die Demonstration von *Bruhns* erfolgte in der Maisitzung 1927. Jetzt wurde er zu uns aus der Wittenauer Heilanstalt, wo er wegen einer Psychose lag, eingeliefert mit einem erneuten Exanthem, welches sich aus disseminierten, im Durchschnitt stecknadelkopf- bis linsengroßen, scharf abgegrenzten, wenig prominierenden und sehr wenig schuppenden Papeln zusammensetzte, verteilt auf Rumpf und obere Extremitäten ohne nennenswerte subjektive oder sonstige Allgemeinerscheinungen. Dazwischen wies er zahlreiche bläuliche, unregelmäßig scharf abgegrenzte, teils rundliche, teils längliche, aber kaum Linsengröße überschreitende Narben auf, herrührend von dem früheren Exanthem.

Unter unserer Beobachtung heilte, bis auf ganz vereinzelte Effloreszenzen, im Laufe von Wochen die Affektion wiederum mit Narbenbildung ab.

Histologisch fanden sich im Papillarkörper und der Kutis ziemlich scharf abgesetzte entzündliche Infiltrate, die aus epitheloiden Zellen bestanden. Die sonstige Untersuchung des Patienten ergab außer einer gewissen psychischen Debilität bei dem im übrigen kräftigen Manne nichts Krankhaftes, speziell war nichts von Tuberkulose nachweisbar; auch die Durchleuchtung ergab nichts. Er hatte zwar eine starke Pirquet- und Pondorf-Reaktion, die ja aber bei Erwachsenen irrelavant ist.

Die Diagnose, die auch damals als strittig angesehen wurde, auf „Pityriasis lichenoides acuta" ist abzulehnen, wie es überhaupt zweifelhaft ist — wie auch damals schon betont wurde —, ob es gerechtfertigt ist, aus einer gewissen äußeren Ähnlichkeit der Effloreszenzen diese Affektion mit einer Parapsoriasis zu identifizieren. Eine Diagnose war nicht zu stellen. Ob eventuell das Leiden mit der Affektion des Zentralnervensystems zusammenhängt, muß offen gelassen werden.

Digitized by Google

Aussprache:

Herr *Bruhns:* Auch ich habe bei diesem von mir vor zirka 7 Monaten vorgestellten Fall damals auf die Möglichkeit der Tuberkulide hingewiesen, wir hatten aber auch bei zweimaliger Exzision histologisch nichts von Tuberkulose finden können. Der negative Befund spricht ja noch nicht gegen die Diagnose Tuberkulid, die epitheloiden Zellen aber auch nicht dafür. Die jetzt fast vollkommen eingetretene Abheilung würde wohl weniger eine Tuberkulose und eher die damals ausgesprochene Diagnose Pityriasis lichenoides acuta et varioliformis annehmen lassen. Bei dieser Bezeichnung des Krankheitsbildes waren Herr *Buschke* und ich uns schon damals ganz einig, daß sie eigentlich ganz unzutreffend ist, weil mit dem uns geläufigen Bild der Pityriasis lich. chron. gar keine Verwandtschaft erkennbar ist.

Herr *Buschke:* Ich habe schon damals betont und schließe mich auch jetzt den Ausführungen von Herrn *Bruhns* an, daß ein Identifizieren der akuten varioloiformen Pityriasis mit dem eigentlichen Krankheitsbild abzulehnen ist.

3. Einen 68jährigen Mann mit positiver Seroreaktion und Pupillenstarre. Lumbaluntersuchung war nicht möglich. Weitere Symptome seitens des Zentralnervensystems fehlten — wahrscheinlich liegt eine Tabes vor.

Der Patient merkt seit 1 Jahr eine allmählich größer werdende Geschwulst an der rechten Wangenschleimhaut. Die Inspektion ergibt außer einer diffusen Leukoplakie der Zunge auf der rechten Wangenschleimhaut ziemlich dicht unter dem Mundwinkel eine etwas über zehnpfennigstückgroße, runde, 3—4 mm über die Oberfläche hervorragende, scharf abgesetzte Prominenz mit etwas unregelmäßiger und blendend weißer Oberfläche.

Die histologische Untersuchung ergibt eine starke Verlängerung der Epithelzapfen, die ganz regelmäßig angeordnet mit der Oberfläche zusammenhängen, zwischen ihnen ein entzündliches Infiltrat, bestehend aus epithelioiden Zellen und mononukleären Lymphozyten.

Es handelt sich also um eine auf der Basis von Leukoplakie entstandene, bisher gutartige entzündliche Epithelhyperplasie. Geplant ist Radiumbehandlung.

4. Ein 23jähriges Mädchen, welches seinerzeit von Herrn Ulrich *Saalfeld* in der Festsitzung der Dermatologischen Gesellschaft kurz vorgestellt worden war, mit subungualen kleineren und größeren Fibromen an den Zehen beider Füße.

Eine Beschreibung dieser bisher nur in wenigen Fällen beobachteten Affektion findet sich in Hellers Monographie der Nagelkrankheiten im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Wir haben diese Fibrome, welche teils etwa die Größe von Linsen, teils aber auch Phalanxgröße hatten, neben und unter den Nägeln hervorgewachsen waren, eine intakte Oberfläche zeigten, in Lokalanästhesie, zum Teil mit Entfernung der Nägel verbundenen Exstirpation behandelt.

Die histologische Untersuchung derselben ergab unter der verdickten hyperkeratotischen Epidermis kompakte fibröse Massen mit zahlreichen, mit Endothelien ausgekleideten Spalträumen durchzogen (wahrscheinlich Lymphgefäße, kein Blutgefäßbau).

Nach Ansicht des Anatomen dürfte es sich um Lymphangiofibrome handeln. Schon damals hatte Herr *Saalfeld* das gleichzeitige Bestehen eines geringgradig ausgebildeten Adenoma sebaceum konstatiert.

Wir fanden außerdem bei der etwas debilen Patientin von im übrigen sonst kräftiger Konstitution und gutem Ernährungszustand an der rechten Unter-

Digitized by Google

bauchgegend und am rechten Oberschenkel Prominenzen, welche an die Recklinghausensche Krankheit erinnerten, in scharfer Abgrenzung etwa von Zeigefingerbreite und -länge.

Die histologische Untersuchung ergab unter dem Plattenepithel hyalinisiertes Bindegewebe. Kein Verdacht auf Neurofibromatosis. An der Innenfläche des rechten Oberschenkels, ziemlich dicht oberhalb des Kniegelenks, fand sich ein etwa daumenballengroßer Herd, in dessen Bereich ohne Prominenzen die Haut netzartig bläulich verfärbt war.

Es scheint demnach, daß es sich hier um eine an verschiedenen Punkten des Ektoderms ausgebildete pathologische Anlage handelt, die wohl in dieser Form bisher nicht beobachtet ist.

5. Eine 54 Jahre alte Köchin, welche am Rücken unregelmäßig verstreute Herde aufweist, die unregelmäßig gestaltet, aber scharf abgesetzt sind, von etwa Linsen- bis Fünfzigpfennigstückgröße, nur ganz wenig an einzelnen Stellen prominierend, in deren Bereich die Haut schwach rosarot ist, ohne nennenswert zu schuppen.

Beim ersten Aspekt fanden wir eine gewisse Ähnlichkeit mit Pityriasis rosea, aber unter unseren Augen heilten die Effloreszenzen mit geringer Hautatrophie, Abblassen mit Fältelung der Haut ab. Besonders stark fand diese Rückentwicklung unter Höhensonne statt.

Die histologische Untersuchung eines Herdes ergab unter dem stark verdickten Epithel perivaskuläre Infiltrate, vorwiegend aus Lymphozyten und Plasmazellen bestehend, keine segmentkernigen Leukozyten, starke Bindegewebsvermehrung in der Kutis; auch das elastische Gewebe vermehrt.

Ob hier ein der Anetodermis ähnliches Krankheitsbild vorliegt, muß dahingestellt bleiben.

6. Eine 49 Jahre alte Patientin mit perniziöser Anämie und Hunterscher Zunge. Nebenbefund: Psoriasis. Unter Fütterung mit Leber schnelle Besserung des Blutbefundes und auch teilweise Rückbildung der Zungenaffektion.

Herr *W. Fischer* demonstriert einen Fall von ausgedehntem Lupus erythematodes des Kopfes und des Gesichtes mit kutan-subkutaner Infiltrations- und Knotenbildung am Rumpf und Gesicht. Patientin ist 36 Jahre alt, die Krankheit begann von 5—6 Jahren. Von September 1926 Triphalbehandlung, worunter die zum Teil ulzerierten Herde am Kopf abheilten, später aber, ohne allerdings geschwürig zu werden, wieder auftraten; der Krankheitsprozeß im Gesicht wurde weniger beeinflußt. Seit Ende 1926 hat Patientin bis Ende Juni 1927 im ganzen noch 14 Krysolganinjektionen in 8—14tägigen Zwischenräumen erhalten, wodurch kaum wesentliche Besserung mehr eingetreten ist. Dagegen entwickelten sich seit Mai 1927 auf der Brust und am Rücken einzelne scharf abgrenzbare, subkutan-kutane, flache, bläulich-rote Infiltrate, die auf Druck (beim Daraufliegen) schmerzhaft sind, sich allmählich vermehrten und bis zu Handtellergröße vergrößerten, nach Gruppierung und durch zentrale Abheilung (?) wird der Eindruck von Ring- und Kreisbildung erweckt. In den letzten Wochen sind solche Knoten auch an der linken Wange und an der Stirn zur Entwicklung gekommen. Der Lungenbefund der Patientin ergibt röntgenologisch keine Besonderheiten, nur der rechte Hilus ist verstärkt; vor etwa 7 Jahren hat Patientin angeblich einen Spitzenkatarrh mit Blutung gehabt; Vater und eine Schwester sind an Tbc. gestorben. Patientin selbst leidet an Husten, ohne zur Zeit klinisch einen Befund zu bieten, und ist bis in der letzten Zeit abgemagert. Blutwassermann negativ.

Digitized by Google

Es handelt sich im vorliegenden Falle um einen Lupus erythematodes des Kopfes, in dessen Verlauf sich am oberen Rumpf und im Gesicht Hautinfiltrate entwickelten, die als tiefsitzende Lupus-erythematodes-Herde angesehen werden. Die Frage wird zur Diskussion gestellt, ob hier die Goldbehandlung bei der Propagierung des Prozesses eine Rolle spielt.

Aussprache:

Herr *Arndt.*

Herr *Buschke:* Bei unserem Fall erfolgte bei der Goldbehandlung eine Dissemination typischer flacher Herde mit septischen Erscheinungen und Ikterus. Die Patientin starb. Ich halte es nicht für wahrscheinlich, daß dieser tiefe Herd — dessen L.-erythematodes-Natur noch zu erweisen ist — auf die Goldbehandlung zurückzuführen ist. Noch als Assistent Neißers sah ich eine diesem Fall ähnliche tiefe Erkrankung, wo die Möglichkeit einer Mischaffektion mit Lupus vulgaris erwogen wurde. Erwähnen möchte ich, daß wir bei einem auf Goldbehandlung sehr resistenten chronischen L. e. mit Gold Heilung erzielten, nachdem wir durch Höhensonne lokal eine akute Dermatitis im L. e. erzielt hatten.

Herr *F. Pinkus.*

Herr *S. Bergel: Beziehungen der Syphilisspirochäten zu den Haaren* (Demonstration):

Bericht über Beobachtungen, die sozusagen als Nebenbefunde bei den experimentellen Syphilisstudien erhoben wurden, die aber möglicherweise die Genese der Alopecia syphilitica aufhellen könnten, vorausgesetzt, daß die Verhältnisse beim Menschen ebenso liegen wie beim Kaninchen. — Nicht bloß in den äußeren bindegewebigen Teilen der Haare, sondern bis unmittelbar an das Haar heran wurden an syphilitisch erkrankten Hautstellen, wo ein allerdings nur mäßiger Haarausfall zu konstatieren war, beim Kaninchen Syphilisspirochäten beobachtet. *Buschke* und *Fischer* haben in einer schönen Arbeit über Spirochätenbefunde in den Haarbälgen, Schweiß- und Talgdrüsen kongenital syphilitischer Kinder berichtet. — Das Tier, um das es sich handelt, bot in manchen Beziehungen sehr bemerkenswerte Erscheinungen dar. Es wurde skrotal mit Syphilis infiziert, es bekam Hodensyphilome, nach fast 2½ Monaten traten papulöse bzw. papulo-ulzeröse Eruptionen auf an den Vorder- und Hinterfüßen und an den Augenlidern mit stark positivem Spirochätenbefund, nach etwa 3 Monaten stellte sich eine Lähmung der hinteren Extremitäten mit Blasen- und Mastdarmlähmung ein, der dann eine Lähmung der vorderen Extremitäten folgte. — An den Haaren der erkrankten Stellen der Füße und Augenlider waren Spirochäten in großer Anzahl nicht bloß in den äußeren bindegewebigen Haarbälgen, in der äußeren Wurzelscheide und in der Papille zu finden, sondern sie drangen auch in die innere Wurzelscheide, in die Huxleysche Schicht bis unmittelbar an das Haar selbst ein, wie an den Präparaten und Photogrammen leicht zu erkennen ist. Hervorzuheben ist aber, daß auch im infizierten Gebiete nicht in allen Haaren Spirochäten zu finden waren. Was die Verlaufsrichtung und den Ausbreitungsweg der Syphilisspirochäten in den Haaren betrifft, so ist er typisch und entspricht dem sonstigen Verhalten im Gewebe. Wie die Spirochäten überhaupt das Bindegewebe bevorzugen, und entlang den Bindegewebszügen weiterwandern, sich inter- und intrazellulär einnisten, wie sie besonders die adventitiellen Scheiden der Gefäßwände mantelartig umgeben, so sind sie auch in den bindegewebigen Haarbälgen in großer

Digitized by Google

Zahl anzutreffen. Sie umgeben hüllenförmig das Haar und die Papille, und zwar entlang den Bindegewebszügen, sie dringen dann aber quer in die innere Wurzelscheide bis unmittelbar an das Haar ein. — Auf Grund dieser Befunde kann man sich nun sehr wohl vorstellen, allerdings ohne direkten Beweis, daß die Alopecia syphilitica, die Erkrankung und der Ausfall der Haare die Folge der direkten Spirochäteninvasion in die Haare sein kann. Jedenfalls ist der Nachweis der engen anatomischen Beziehungen der Spirochäten zu den Haaren imstande, viel einfacher und ungezwungener das Entstehen der Alopezie der Syphilitiker zu erklären, wie zum Beispiel die Vorstellung in dem Lehrbuch der Haarkrankheiten von *M. Joseph*, 1921, wo es heißt: „Durch *Gennerich* und seine Schüler haben wir einen Einblick gewonnen, wie häufig latente meningeale Veränderungen (pathologische Veränderungen des Liquor cerebrospinalis) mit der Alopecia specifica sowohl im frischen wie in älteren Sekundärstadium anzutreffen sind. Wir haben also in der syphilitischen Alopezie einen ziemlich sicheren Anzeiger für den Bestand einer meningealen Lues zu erblicken. Die Ursache ist wahrscheinlich eine mechanische, welche mit einer besonders ausgiebigen Spirochätenaussaat nach der Schädelregion zusammenhängt." Mir scheint, daß unsere auf experimentellen anatomischen Befunden beruhende Erklärung der Alopezie der Syphilitiker nicht bloß den Vorzug der Einfachheit, sondern von allem den der Wahrscheinlichkeit hat.

Aussprache:

Herr *Buschke:* So interessant die Befunde von Herrn *Bergel* sind, so weise ich doch darauf hin, daß ich schon in der ersten Periode der Spirochätenforschung in einer ausführlichen Arbeit über die Verteilung der Spirochäten im Organismus und bei Lues congenita beim Säugling ihre Beziehung zu den zelligen Elementen mit Herrn *W. Fischer* (Arch. f. D. u. S.) wir zum ersten Mal mitgeteilt haben, daß Spirochäten in die Haare eindringen können. Aber ich möchte darauf hinweisen, daß bei der Spirochäten-Sepsis des Säuglings das als nichts Besonderes anzusehen ist, weil die Spirochäten, mit Ausnahme des Zentralnervensystems, ja überallhin eindringen, ohne daß dabei histologische Veränderungen einzutreten brauchen. Daß dieser Befund in den Haaren mit der Alopecia specifica in Beziehung zu setzen ist, möchte ich nicht annehmen; denn bei diesen Säuglingen gehört eine Alopezie, trotzdem diese Befunde wahrscheinlich gar nicht so selten sind, zu den allergrößten Seltenheiten. Ich selbst habe eine solche Alopezie noch nicht beobachtet.

Bei der Syphilis Erwachsener ist meines Wissens ein Eindringen von Spirochäten in die Haare bisher nicht beobachtet worden. Ich glaube vielmehr, daß die Alopecia specifica teils eine syphilotoxische Erscheinung ist, möglicherweise aber auch von einer spezifischen Erkrankung im Nervensystem, vielleicht der sympathischen Nerven, die mit den Haaren in Beziehung stehen, abhängt, wie es in ähnlicher Weise von manchen Autoren auch für das Leukoderm angenommen wird. Daß es toxische Erscheinungen bei Lues gibt, trotzdem bis jetzt experimentell etwas Derartiges bezüglich der Spirochäten noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen ist, leite ich aus klinischen Beobachtungen ab, welche die parenchymatösen toxischen Erkrankungen der Leber und der Nieren im Frühstadium betreffen. Speziell bei der Leber handelt es sich um einen parenchymatösen Krankheitsprozeß, den *Virchow* als parenchymatöse Entzündung bezeichnete, der sich zurückbilden kann, aber auch in vielen

Digitized by Google

Fällen zu einem schnellen Zerfall des Leberparenchyms, zu akuter gelber Leberatrophie, führt.

Bei dieser Erkrankung haben wir seinerzeit in einer Arbeit mit *W. Fischer* keine Spirochäten nachweisen können, auch histologisch nicht und auch nicht durch Impfung auf Affen.

Solche Untersuchungen sind auch von ungarischen Autoren — soweit ich mich erinnere — bereits vor uns in gleichem Sinne ausgeführt worden.

Der Einwand, daß im Sinne von Herrn *Bergel* hier durch Leukozyten die Spirochäten entweder zerstört oder in einen nicht nachweisbaren Zustand überführt worden sind, erscheint mir nicht begründet, weil ja hier primär nur das Parenchym erkrankt ist, Interstitialzellen keine Rolle spielen. Erst bei der Narbenbildung treten diese auf, wobei außerdem bemerkt sei, daß bei den subakuten Formen der Leberatrophie sogar eine Regeneration von Leberparenchym erfolgen kann (cf. die Arbeiten von *Ponfick*).

Dieser Prozeß ist völlig analog den Vorgängen beim sogenannten Icterus catarrhalis und den sonstigen Vorgängen der Leberatrophie, bei denen ja feststeht, wie z. B. bei der Phosphorvergiftung, daß lediglich toxische Vorgänge sich abspielen. So wird der katarrhalische Ikterus jetzt mehr als eine parenchymatös-toxische Affektion aufgefaßt.

Ganz analog dürfte die parenchymatöse syph. Nephritis, welche bekanntlich mit enormem Eiweißgehalt im Frühstadium der Lues einhergeht oder nur mit sehr geringen korpuskulären Bestandteilen aufgefaßt werden, zumal ja durch die antisyphilitische Therapie oft in wenigen Tagen der Prozeß zur Rückbildung gelangt, was auch für einen toxischen und antitoxischen Vorgang spricht.

Auch für die Vorgänge bei Tabes und Paralyse habe ich seinerzeit auf die Möglichkeit, daß toxische Vorgänge eine Rolle spielen, z. B. bei den sehr schnell vorübergehenden apoplektischen Insulten, hingewiesen.

Neuerdings betont auch *Hauptmann* die eventuelle Bedeutung toxischer Vorgänge hierfür.

Was die interessanten Befunde Herrn *Bergels* in den Kaninchenhaaren betrifft, so sind sie wohl auch bedingt durch die sehr stark verbreiteten zahlreichen Spirochäten bei dem von ihm erzeugten Krankheitsprozeß in der Haut; und auch hier scheint ja keine besondere Alopezie sich zu entwickeln.

Aussprache:

Herr *W. Fischer.*

Herr *Fritz Lesser:* In den Präparaten haben wir eine beträchtliche Spirochätenaussaat in den exzidierten Fellstücken des Kaninchens gesehen und an einzelnen Stellen drangen die Spirochäten auch in die Haarwurzelscheide vor. Dieser Befund läßt noch keinen Schluß auf die Pathologie der Alopecia syphilitica des Menschen zu. Es wäre geradezu absurd, für jedes Haar, das bei der Alopecia luetica zum Ausfall kommt, eine Spirochäte verantwortlich zu machen. Zunächst haben wir in den histologischen Schnitten keine zellulären Veränderungen, keine entzündlichen Prozesse gesehen, die einen Haarausfall rechtfertigen könnten, Die luetische Alopezie tritt beim Menschen selten zur Zeit der allgemeinen Durchseuchung (Roseola) auf, sondern im allgemeinen später, die fleckförmige Alopezie sogar stets später, fast nie vor dem 8. Monat nach der Infektion, wo die Spirochätenaussaat schon abgeklungen ist. Wenn die Alopezie auf örtliche Spirochätenherde zurückzuführen wäre, so müßte man doch die Spirochäten in exstirpierten Stücken der Kopfhaut nachweisen

Digitized by Google

können, was nicht gelungen ist. Befunde am Kaninchen können doch nicht auf den Menschen übertragen werden, bzw. als Beweise für bestimmte wissenschaftliche Anschauungen der menschlichen Pathologie Geltung haben, wenn sie den Befunden beim Menschen entgegenstehen. Ich möchte die Anschauung vertreten, daß der syphilitische Haarausfall insbesondere die Form, wo es zu einer allgemeinen Lichtung der Haare am Hinterkopf kommt, auf *toxische* Einflüsse im weitesten Sinne des Wortes zurückzuführen ist, entsprechend dem Haarausfall nach Infektionskrankheiten wie Grippe oder Typhus.

Herr *Heller* erwähnt eigene Untersuchungen über die Nägel bei kongenitaler Lues ulcerosa. Das Präparat wurde von einer gerade in der Färbung der Spirochäten nach Levaditi sehr erfahrenen Laborantin einer Universitätsklinik hergestellt; es wurde zur Kontrolle Leber von kongenital-syphilitischen Kindern gleichzeitig behandelt. Der Spirochätennachweis gelang jedoch nicht. In der zweiten Zahnanlage bei kongenital-syphilitischen Kindern sind bekanntlich Spirochäten gefunden worden.

Schlußwort:

Herr *Bergel:* Ich habe nicht behauptet, daß der Beweis erbracht sei, daß die Alopezie die Folge der Spirochäteninvasion der Haarscheiden ist, sondern nur gesagt, daß die Vorstellung von der ursächlichen Beziehung zwischen Spirochäteninvasion der Haare und Alopezie eine einleuchtendere und einfachere sei als die anderen. Von einer Toxinwirkung ist bisher nichts bekannt, eine solche Annahme ist auch unnötig beim Vorhandensein von Spirochäten selbst. Indessen ist durch unsere Untersuchungen die Annahme einer Endotoxinwirkung nach dem Abbau der Spirochätenhüllen viel wahrscheinlicher. Von einer Spirochätensepsis konnte bei dem Tier gar keine Rede sein, denn ich habe ausdrüchlich hervorgehoben, daß nicht einmal alle Haare des infizierten Gebietes befallen waren und möchte noch hinzufügen, daß den erkrankten Partien unmittelbar benachbarte Stellen vollkommen frei von Spirochäten waren. Es handelt sich also um begrenzt erkrankte Stellen bei allgemein infizierten Tieren.

Herr *S. Bergel:* Die biologische Bedeutung des Fibrins für den erkrankten Organismus, mit besonderer Berücksichtigung der Hauterkrankungen (Vortrag).

Wird in extenso veröffentlicht.

Aussprache:

Herr *Buschke:* Ich würde es für wichtig halten, wenn eine Beeinflussung des Ulcus molle durch das Bergelsche Präparat zu erzielen wäre, weil das natürlich viel beweisender für seine antiseptische Kraft wäre als sein Einfluß bei einfachen Infektionen, die ja auch ohne indifferente Therapie sehr schnell heilen können.

Schlußwort:

Herr *Bergel:* Von *Callomon* ist in der Medizinischen Klinik über auffallend günstige Beeinflussung eines Ulcus phagedaenicum durch Fibrin berichtet worden.

Digitized by Google

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Mai 1927.

Vorsitzender: *Saubouraud.*

Zum Protokoll: A. Sézary und *A. Barbé,* Paralyse und Malaria.

In Ergänzung der Beobachtung von *Gougerot,* welche in der letzten Sitzung mitgeteilt wurde, erwähnen *Sézary* und *Barbé* 4 Fälle, in denen trotz spontaner Malariainfektion später Paralyse zur Entwicklung kam.

Diskussion: Marcel Pinard, Saubouraud, Gougerot.

Zimmern, Gougerot, L. Huet und *F. P. Merklen,* Erythromelie Pick mit lichenartiger Leukokeratose der Zunge.

Gougerot und *F. P. Merklen,* Zirzinäre und bandförmige Prurigo.

Abgrenzung einer Sonderform von dem bekannten Bilde, entstehend durch Zusammenfluß von Prurigopapeln.

Gougerot, Peyre, Moutet und *Bourdillon,* Urtikaria durch Kälte.

Befallen war ein Kongenitalsyphilitischer.

Louste, Juster und *David,* Herdförmige Sklerodermie mit weitgehender Besserung durch eine kombinierte Behandlung mit ultraviolettem Licht und Jodionisation.

Die erstere Behandlung war bei Sklerodermie von *Belot* und *Nahan,* die letztere durch *Bourguignon* empfohlen.

Paul Ravaut, Versuche mit Autodermotherapie durch Elektrokoagulation. Demonstration von 2 derartig behandelten Kranken mit Psoriasis.

Ausgehend von der Beobachtung, daß Verrucae vulgares verschwinden, wenn eine durch irgendwelche Manipulationen zerstört wurde, sah R. lepröse Papeln verschwinden, nachdem vereinzelte mit Elektrokoagulation zerstört worden waren. Ähnliches beobachtete er bei tuberkulösen Läsionen. Er übertrug diese Behandlungsart nunmehr mit Erfolg auf Psoriasis und schlägt die Bezeichnung Autodermotherapie (autodermo-thérapie) vor.

Milian und *Delarue,* Ein Bazillus der Hautgangrän.

Es handelt sich um einen Bazillus, der aus der gangränösen Hautaffektion einer Kranken mit Dermatitis Duhring gezüchtet war und in Reinkultur beim Kaninchen Gangrän hervorrief. Als Bezeichnung wird *Pasteurella gangrenae cutis* vorgeschlagen.

Louste, Robert-Cahen und *P. Vanbockstael,* Tuberkulöses submentales Lymphom. Sekundäre ulzerös gewucherte Hauttuberkulose.

In der Aussprache denkt *Sabouraud* an Botriomykose, die sich zu dem vereiterten tuberkulösen Knoten hinzugesellt hat.

Louste, Robert-Cahen und *P. Vanbockstael,* Schwere lokale Schädigung mit Neigung zum Brandigwerden nach intramuskulärer Injektion eines unlöslichen Wismutsalzes.

Ausgedehnte Folgen einer arteriellen Embolie.

Louste, Robert-Cahen und *P. Vanbockstael,* Phagedänische Ulzerationen des Gliedes. Diagnostische und pathogenetische Aussprache.

Die diagnostisch nicht mit Sicherheit zu klärenden Geschwüre bestanden seit 6 Monaten.

Lortat-Jacob und *Legrain,* Symmetrisches Antipyrinexanthem bei einem Kranken mit Hyperhidrosis.

Das pigmentierte Erythem war nach Anwendung einer Salbe (nach *Reclus*) lokal bedingt entstanden, nicht nach Zufuhr von Antipyrin per os.

Digitized by Google

E. Juster, Untersuchungen über die Ätiologie und die Behandlung der Pigment-Erythrodermie des Gesichtes (Erythrose pigmentaire péri-buccale de Brocq).

J. bringt eine ausführliche Schilderung obiger Erkrankung, die sich vornehmlich bei Frauen findet, von *J.* aber auch in 3 Fällen bei Männern beobachtet werden konnte. Sie beginnt meist am Kinn und kann den ganzen Mund kreisförmig umgeben. *J.* denkt an Zusammenhang mit Seborrhoë, während *Brocq,* der die Erkrankung seit 1900 beobachtete und 1923 auf dem Kongreß in Straßburg zuerst beschrieb, in der Aussprache Störungen des Zentralnervensystems und der Blutzirkulation (der Blutdrüsen mit innerer Sekretion) verantwortlich macht.

Chatellier, Tumor des Gesichtes (histologische Schnitte).

Sarkomatöse Zellen mit Russelschen Körperchen; keine klinischen Daten.

Chatellier und *Rigaud,* Kondylomatöser Lupus der Zunge.

Paul Vigne und *A. W. Lauzun,* Sekundäre Aktinomykose der Bauchwand.

Aktinomykose der Coecal- und Appendixgegend, beginnend mit Durchfällen, später Durchbruch nach außen (Photographie).

P. Gastou und *P. Lemay,* Einfache Methode des Syphilisnachweises mittels der Reduktionwirkung der Seren.

Statt der Komplementablenkung benutzen die Autoren die reduzierende Wirkung syphilitischer Seren. Sie mischen Kochenilletinktur (nach der französischen Pharmakopoe) mit Serum und fügen einen Tropfen 1%igen Kal.-Ferrizianatlösung hinzu. Diese Lösung entfärbt die rosafarbige Kochenilletinktur bei Gegenwart von Blutalkalireserven. Die reduzierende Wirkung des Serums führt Wiederrotfärbung herbei. Anilinzusatz beschleunigt den Prozeß. Nach der angegebenen Methode tritt die Wiederrotfärbung bei syphilitischen Seren schnell — nach 1—2 Stunden — ein, bei nichtsyphilitischen langsam nach 4, 5 oder 6 Stunden.

H. Jausion und *A. Pecker,* Intravenöse Injektion von Pyrocatéchine und Desensibilisierung gegen Licht.

Die Autoren empfehlen Pyrocatéchine als Desensibilisator bei Lichtkrankheiten, das sie für besser verträglich halten als Resorzin.

Jeanselme, Paul Lefèvre und *Willemin,* Abnorme Form von Mundtuberkulose.

Als tuberkulös sichergestellte äußerst harte Infiltration der Wangenschleimhaut bei einem 29jährigen Russen.

Gouin und *Bienvenüe,* Lichen planus und oberflächliche Röntgenbestrahlung (neue Tatsachen).

Die Autoren haben weitere 10 Fälle erfolgreich vom Rücken her bestrahlt. Dadurch erhöht sich die Zahl ihrer erfolgreich behandelten Kranken auf 21.

Gouin und *Bienvenüe,* Umwandlung gewisser Hautreaktionen in Lichen planus mit oder ohne Röntgenbehandlung.

Bericht über 3 Fälle.

S. Hufschmidt, Heilung von 3 Fällen von Lichen planus durch Tréparsol.

J. Schaumann und *K. Hedén,* Über die Wa.R. beim Lupus erythematodes angestellt mittels starker Serummengen.

Die Wa.R. war bei 44 Kranken mit Lupus erythematodes immer negativ. Verdoppelten die Autoren die Serummenge, dann waren 13 Seren (= 29,5%),

Digitized by Google

verdreifachten sie dieselbe, sogar 17 Seren (= 38,6%) positiv. Bei banaler Hauttuberkulose und bei Tuberkuliden fand sich eine solche Steigerung bei weitem nicht. *Zurhelle* (Bonn).

Sitzung vom 9. Juni 1927.

Vorsitzende: *Sabouraud* und *Hudelo.*

Louste, Robert Cahen und *P. Vanbockstaël,* Zum Protokoll. Zur Vorstellung einer submentalen tuberkulösen Adenitis mit ulzerös-vegetierender Beteiligung der Haut.

Auf den Einwand von *Sabouraud,* daß Botryomykose vorliegen könne, wurde eine histologische Untersuchung vorgenommen, die einwandfrei tuberkulösen Bau ergab.

Civatte, Zum Protokoll. *C.* erwähnt zu seinem histologischen Bericht über Sarkom in der letzten Sitzung, daß *Runelsche Körperchen in Sarkomen* und *Epitheliomen* bereits 1920 von *E. v. Müller* in der Frankf. Ztschr. f. Pathol. beschrieben worden sind.

Sabouraud, Abschiedsrede (nach 2jährigem Vorsitz).

Hudelo, Begrüßungsrede bei Übernahme des Vorsitzes.

A. Sézary und *F. Benoist,* Bemerkenswerte Wirkung der Wismutbehandlung in zwei Fällen von Lupus erythematodes.

Die günstige Wirkung machte sich bereits nach der 2. bzw. 3. Injektion bemerkbar. Es handelte sich in beiden Fällen um frischere, seit einigen Monaten bestehende Erkrankungen.

Hudelo, Cailliau und *Mornet,* Lichen atrophicus (?) des rechten Beines bei einem 3jährigen Kinde in segmentärer Anordnung.

Die Affektion erstreckte sich vom Gesäß bis zu den (zweiten und dritten) Zehen.

Hudelo, Mornet und *Cailliau,* Glossitis mit leukoplakieähnlichen Plaques und bakterielle Epidermitis des Gesichtes bei zwei Brüdern mit kongenitaler Syphilis; Ähnlichkeit der Krankheitsform.

Hudelo, E. Garnier und *Cailliau,* Psoriatische Hyperkeratose mit Papillomatosis und Hautkörnern; Zungenveränderungen unbestimmter Art.

An Händen und Füßen war es durch die Psoriasis zu *papillomatösen* und *vegetierenden Veränderungen* seltener Form gekommen. Die Zunge zeigte leukoplakieähnliche Veränderungen.

Milian und *Lenormand,* Ausgedehntes Epitheliom.

67jähr. Pat. mit ausgedehnten ulzerierten Tumoren zu beiden Halsseiten (Stachelzellkarzinom). Zunge und Ösophagus frei. Auf Bestrahlung guter Rückgang.

Milian und *Lenormand,* Früher demonstrierter Fall. Vesikulös-ödematöse Erythrodermie; Beginn vor 8 Monaten, Heilung durch Exstirpation intraglutäaler Wismutknoten.

Ausführliche Beschreibung des Heilungsverlaufs.

Milian und *Delarue,* Elephantiasis der Vulva.

Starke Elephantiasis der rechten großen Schamlippe. 2 Jahre vorher rechtsseitiger Bubo, der chirurgisch entfernt wurde. Alte Lues; Wa.R. trotz Behandlung noch schwankend. Kein Anhalt für Ulcus molle oder Tuberkulose.

Digitized by Google

Milian und *Delarue,* Tuberkulöser Schanker bei einem Säugling.

Bei einem 7 Monate alten Kinde findet sich eine papillomatös gewucherte Infiltration am oberen Helixrande mit zugehöriger Drüsenschwellung vor dem Ohr. Meerschweinchenversuch positiv. Histologisch: Unspezifische Entzündung. Intradermale Tuberkulisreaktion stark positiv. Im übrigen Wohlbefinden und Fehlen jeglicher Tuberkulose.

Milian und *Lenormand,* Gemeinsames Vorkommen von Leukoplakie und Pigmentflecken auf der Mundschleimhaut.

37jähriger Algerier mit Pigmentierungen, die die Vortragenden für syphilitisch bedingt halten, während in der Aussprache *Jeanselme* und *André Léri* sie als Rassepigmentierungen auffassen.

Lotte, Ausgedehntes Angiom und Tumor der Arme bei einem Neugeborenen.

Ausgedehnte Tumorbildung am linken Oberarm.

Louste, Robert Cahen und *F. Vanbockstaël,* Schleimhautblutungen der Uterus- und Nasenschleimhaut nach drei Injektionen einer schwachen Novarsenobenzoldosis.

Ein 23jähriges Mädchen wurde mit 0,15, 0,3 sowie 0,45 Novarsenobenzol in 3tägigen Abständen wegen florider Syphilis II behandelt. Nach der letzten Injektion vorübergehende Übelkeit. Nach 5 Tagen 0,6 Novarsenobenzol nach vorheriger Injektion von 30 Tropfen Adrenalin 1:1000. Nach 4 Stunden schweres Unwohlsein. Nach Adrenalininjektion Besserung innerhalb einer halben Stunde. In den nächsten 3 Wochen schwerste Metrorrhagien und Nasenbluten. Keine Purpura.

Louste, Cailliau, Robert Cahen und *P. Vanbockstaël,* Purpura simplex mit chronischer Entwicklung an den Unterschenkeln.

18jähriges Mädchen. Beginn der Erkrankung vor 1½ Jahren.

Louste, Dupuy-Dutemps und *Thibaut,* Lupus vulgaris des linken Oberlides und der linken Braue; chirurgische Entfernung mit Lappenbildung.

Verpflanzt wurde eine Stelle vom Oberschenkel.

Jeanselme und *Burnier,* Erythema annulare centrifugum.

Beschreibung und Abbildung eines ausgedehnten Falles von Erythema chronicum, migrans *(Lipschütz)* bzw. Érythème annulaire centrifuge oder Érythème papulo-circiné migrateur et chronique *(Darier).*

Befallen war ein 14jähriger Junge seit 2 Monaten. Literaturangaben.

Burnia und *Rejsell,* Lichen nitidus.

Befallen waren Penis und Unterarme eines 24jährigen Mannes.

A. Sézary und *F. Benoist,* Schwere Erythrodermie nach einer einzigen Injektion von Jod-Chinin-Wismut.

Die Erythrodermie entwickelte sich bei einer 74jährigen Frau vom 4. bis 19. Tage nach der Injektion unter mehrtägigen hohem Fieber und klang dann ab.

Kitchewatz, Die lokale Herxheimersche Reaktion bei einem Fall von Vitiligo.

Verf. hatte Gelegenheit, einen Fall von Vitiligo von Anfang an zu beobachten, bei dem primär ein roseolaähnliches Erythem der sekundären Depigmentierung vorausging. Die geröteten Stellen zeigten deutliche Herxheimersche Reaktion.

Digitized by Google

Kitchewatz, Gonorrhöische Phlebitis der Vena saphena. Behandlung und Heilung durch Vakzineinjektionen in die kranke Vene.

Die (zwei) Vakzineinjektionen wurden in Serum verabreicht und durch Kompression 5—8 Minuten in der Vene belassen, wonach die Vakzine in den Kreislauf überging .

Ch. Audry, Behandlung der „Pityriasis versicolor".

Ch. Audry und *Vicu,* Lokale Anästhesie bei der Curettage des gonorrhöisch erkrankten Uterus.

Technische Einzelheiten über lokale Anästhesie bei Behandlung des Uterus mit Pilatation und Curettage.

L. Danel, Über einen Fall von Hidradenomen.

Zurhelle (Bonn).

Royal Society of Medicine, Section of Dermatology.

Sitzung vom 20. Oktober 1927 unter *Mac Leod's* Vorsitz.

The B. j. o. D. a. S. 1928, 1.

O'Donovan: Multiple Basalzellenkarzinome des Stammes infolge Röntgenbestrahlung. Der jetzt 50jährige Kranke hatte als Institutsdiener lange Jahre gewohnheitsgemäß den Studenten sein Herz am Röntgenschirm demonstriert. Vor 15 Jahren „psoriatische" Flecke am Sternum, die nach Radium mit Teleangiektasien heilten. Fingernägel dystrophisch. Über l. Skapula charakteristische Röntgendermatitis. Vor 5 Jahren zuerst Basalzellenkarzinom am r. unteren Augenlid. Seitdem der Röntgentätigkeit entzogen. Seit einem Jahr obiges Lidkarzinom rezidiviert und daneben 15 neue Läsionen von ½—2 cm im Durchmesser am Stamm, die erythematöse Basis und trockene Oberfläche aus gelblichen Schuppen zeigen. Die große Zahl der Ulcera rodentia nach Röntgen sei ungewöhnlich. *Adamson* glaubte früher, daß Basalzellenkarzinome embryonalen Ursprungs seien, während nach Röntgen nur Retikulärzellenkarzinome vorkämen, lasse jetzt aber seine Ansicht fallen, zumal aus Australien gleichfalls über Basalzellenkarzinome nach Dermatitis solaris berichtet würde. Gray will nicht an Röntgenursache glauben, da gerade die Gebiete der Röntgendermatitis frei von Karzinomen seien, es liege zufällige Koinzidenz vor. *Molesworth* (Australien) unterstreicht nochmals das häufige Vorkommen sowohl des Basal- wie des Retikulärzellenkarzinoms und beider zusammen beim gleichen Individuum nach chr. Sonnenbrand. Dabei soll vielleicht der geringere Sonnenbestrahlungsgrad für Basalzellenkarzinom verantwortlich sein, der größere für Retikulärkarzinom.

Weber: Chr. Pemphigus oder Dermatitis herpetiformis beim Kind. Seit 5 Monaten bestehend bei 7jährigem, sonst durchaus normalem Knaben. Viele Blasen auf intakter Haut. Kein Jucken. Inzwischen — mit Remissionen — ganzer Körper bedeckt von kreis- und girlandenförmig angeordneten Läsionen. Dabei immer noch auffallend wenig Jucken. Mund frei. Blut: Eosinophile anfangs 18% der weißen, zuletzt 22%. Einmal sogar 31%. Zweifellos gehöre der Fall zu *Gardiners* „Dermatitis herpetiformis der Kinder", die wohl besondere Form des Pemphigus bei Kindern bedeute. Schon das Fehlen von Jucken mahne zur Vorsicht. Man könne auch an Pemphigus circinatus denken oder Impetigo contagiosa circinata. *Whietfield* weist auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten hin zwischen Dermatitis herpeti-

Digitized by Google

formis und Impetigo circinata. Die hohe Eosinophilie aber mache im vorgestellten Fall Dermatitis herpetiformis sicher. *Mac Leod* entscheidet sich gleichfalls für D. h., trotzdem ihm eine Durchsicht aller ähnlichen Fälle seit 1914 zeige, wie selten bei Kindern gerade die D. h. vorkäme. *Adamson* hält alle Fälle von *Gardiners* „Dermatitis herpetiformis der Kinder" für Pemphigus. Wenn man die Kinder ins Bett stecke, würden sie gesund. Auch die Pemphigusprognose Erwachsener sei nicht so infaust, 20% heilten. Indessen sei Diagnose zwischen D. h. und Pemphigus in nicht extremen Fällen oft schwer. Fall gemäß Postscriptum spontan sehr gebessert. Beabsichtigter Heilversuch mit Plasmochin daher ausgesetzt.

Barber: Zwei Fälle von Folliculitis ulerythematosa reticulata (*Mac Kee* und *Paroumagian*) zusammen mit Lichen spinulosus, Epidermalzysten und Folliculitis decalvans. Bruder und Schwester aus stark tuberkulöser Familie zeigen: 1. An Wangen und Schläfen follikuläre Grübchen. 2. Zahlreiche Epidermzysten. 3. An Gliedern und Stamm follikuläre Hornpfröpfe. 4. Ebendort follikuläre Atrophien, endigend in Vertiefungen. 5. Am behaarten Kopf die bekannten narbigen Atrophien. Somit zeigen die Haarschweißfollikel über ganzen Körper allerlei Arten von möglichen Läsionen wie: Hornpfröpfe, Lichen spinulosus, epidermale Zystenbildung, Atrophie mit Vertiefungen, kahle Kopfnarben. *Mac Leod* sieht jetzt in der Folliculitis ulerythematosa reticulata nicht mehr die Folge von multiplen Komedonen, sondern erkennt sie als kongenitale Zystenenartung an. *Adamson* sieht zwei gesonderte Komplexe: 1. Die siebförmigen Vertiefungen und die weitverbreiteten Knötchen mit Zysteninhalt (Mack Kees Krankheit) und 2. Lichen spinulosus zusammen mit Narbenalopezie, die ja schon als Gefährten beschrieben und wohl Abarten des Lichen planus seien. Lichen-planus-Knötchen schienen ja Arme bei genauem Hinsehen zu zeigen. *Whietfield* lehnt die Adamsonsche Klassifizierung ab und will eine kongenital abnorme Haut, der Ichthyosis entfernt verwandt, erkennen. *Sibley* hält die Folliculitis ulerythematom reticulata für durchaus nicht so selten. Man verwechsele die Narben oft mit den Relikten nach Acne. Bei genauer Anamnese aber sähe man die Follicul. ul. ret. in Lebensjahren auftreten, die vor der Acnezeit lägen, außerdem fehlten dann auch Komedonen.

Barber: Lichen planus früher als Lichen nitidus confluens vorgestellt. Seinerzeit war bei den flächigen Läsionen aufgefallen, daß in deren Nachbarschaft sich keine Einzelläsionen von L.-nitidus-Aussehen zeigten, weswegen Diagnose auf L. n. Bedenken erweckte. Wohl aber sah man damals feinste Einzelpapeln außerhalb der konfluierten Flecke, die L. pl. ähnelten. Jetzt überall deutliche L.-pl.-Knötchen. Demnach Lichen nitidus doch wohl nur Modifikation von L. pl. Auch *Gray* spricht sich für Identität beider Lichen aus.

Roxburgh: Zwei Fälle von Acrodermatitis perstans. Beide Fälle betreffen Frauen von 25 und 26 Jahren. Beide erweisen sich als milder und abortiver Typ (nach *Audry*). Befallen Hohlhände und Fußsohlen. Nägel intakt. Mikroorganismen, auch kulturell, nicht gefunden. Behandlung ohne Erfolg, gemäß Postcriptum soll aber schließlich Whites Teersalbe genützt haben.

Roxburgh: Epidermolysis bullosa. 32jähriges Dienstmädchen mit Blasen und ausgedehnten Narben seit Kindheit. Zwei jüngere Schwestern und ein Bruder sollen gleiches Leiden zeigen. Viele der bläulichen und weißen Narben tragen krustenbedeckte granulierende Flächen. Nägel mehr minder atrophisch respektiv fehlend. Fleckige Atrophien von Elfenbeinfarbe und wie Zigarettenpapier teils erhaben, teils vertieft, je nach Spannungszustand der Haut. Diesen

Digitized by Google

sollen keine Blasen voraufgegangen sein, sie waren auch nie rot oder geschwollen. Anfangs Eindruck wie syphilitische fleckige Atrophie. Lues aber ausgeschlossen. Mikroskopie zeigt bedeutende Verringerung elastischen Gewebes in Hautatrophien. Kranke kann durch Reiben auf Haut Blasen erzeugen, aber nicht immer. *Whietfield* hält Bullae für Artefakt, die Zehennägelatrophie zusammen mit den rautenförmigen Hautatrophien sprächen für Epidermolysis bullosa. *Adamson* entscheidet sich für artifizielle Bullae auf Basis angeborener Epid. bull. *Gray* wundert sich, daß Knie und Ellbogen nicht mit Blasen besetzt seien, wo doch durch Reiben die Blasen entstanden sein sollen.

Semon: Stark ausgeprägter Lp. vulg. des Gesichtes. Seit 15 Jahren bei 27jährigem Manne. Ulzerationen auf Wangen, Lippen und Mundschleimhäuten. Dazu starke Lymphangitiden mit Elephantiasis. Da Anblick zu entsetzlich, um mit andern Lp.-Fällen gemeinsam behandelt zu werden, Lichtbehandlung 16 Monate lang in Leysin mit überraschendem Erfolg, da Kranker bis auf geringste Residuen als geheilt anzusehen, nur Tränenkanal zeitweilig noch verstopft. *Heath* meint, auch in England könne man Orte finden für Sonnenbehandlung mit gleichem Erfolg. Im übrigen mißtraut er definitiver Heilung, wohingegen *Dorse* an Heilung glaubt.

Semon: Leukoplakia lingualis mit Souttarts Dampfkauterisation behandelt. 55jährige Frau mit vielen spezifischen Kuren seit 23 Jahren und dauernd positivem Wassermann. Vor 5 Monaten Koagulation verschiedener Leukoplakien, die jeder Behandlung bislang getrotzt hatten, mit Dampfkauterisation in Lokalanästhesie, darauf Wegkratzen der Trümmer mit scharfem Löffel bis auf die Muskeln. Heilung langsam, aber stetig. Keine Narbenkontraktion. Jetzt gesund bei voller Geschmackserhaltung.

Drake: Multiple Basalzellenkarzinome. Bei 81jährigem Manne auf Rücken, Armen, Abdomen und Schultern viele infiltrierte Flecke von Erbsen- bis Sixpencegröße. Einzelne rund, einzelne undeutlich oder figuriert. Farbe braun bis rötlichviolett. Oberfläche glatt oder keratotisch oder warzig. Nach Entfernung der warzigen Oberfläche stinkender Geruch und Bluten. Einzelne Flecke bestehen aus deutlichen Knötchen. Diagnose auf Ulc. rod. mikroskopisch gesichert. *Siegfried* (Aachen).

Nachruf.

Thomas Caspar Cilchrist starb am 14. November 1927 im Johns-Hopkins-Hospital in Baltimore nach kurzer Krankheit. In England ausgebildet, fand Verstorbener eine zweite Heimat in den Vereinigten Staaten und schon 10 Jahre nach seiner Übersiedelung dorthin wurde er auf Grund seiner Arbeit über Blastomykose zum klinischen Professor der Dermatologie an der Johns-Hopkins-Universität ernannt. *C.* war zweiter Präsident der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft. Als Lehrer und Forscher hat er sich um die Dermatologie sehr verdient gemacht. Um ihn trauern Gattin und zwei Töchter.

Siegfried (Aachen).

Digitized by Google

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Syphilis.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

A. Feldmann, Bratzlawsky u. *Faingold:* **Zur Ätiologie und Pathogenese der juxtaartikulären Nodosität.** Russkij Westnik Dermatologii. 1926. Nr. 10,

Beobachtung von Nodositas juxta articularis bei zwei Personen. welche früher Syphilis gehabt hatten und bei denen die W.-R. stark positiv ausfiel. Histologisch handelte es sich um fibröse Gummen, welche unter spezifischer Behandlung schwanden. *A. Jordan.*

Sannicandro: **Juxta-artikuläre Knoten syphilitischer Natur.** Soc. pugliese d. soc. ital. d. Dermatol. 10. II. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 887.

Der 60jährige Patient weist seit 10 Jahren an der Knie-, Ellenbogen- und Schultergelenken Knotenbildungen auf. Gleichzeitig Aortitis und positive W.-R. Die histologische Untersuchung eines Knotens ergibt: Vaskularisation und perivasale Infiltration, Degeneration und Homogenisierung der zentralen Partien; starke Bindegewebereaktion an der Peripherie. *S.* spricht sich für die syphilitische Natur der Affektion aus.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

G. Sannicandro: **Die juxta-artikulären Knotenbildungen Jeanselmes, Ätiologie, Klinik, pathologische Anatomie.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1418.

Eingehende Darstellung der Literatur der juxta-artikulären Knotenbildungen und Mitteilung einer eigenen Beobachtung: Der 48jährige Mann infizierte sich vor vielen Jahren syphilitisch und wurde nur spärlich behandelt. Vor 10 Jahren Auftreten eines harten indolenten beweglichen Tumors am linken Knie, dem weitere Knotenbildungen am rechten Kniegelenk, an den Ellenbogen, an der linken Schulter und am Gesäß folgten. Exzision eines Knoten vom Knie. Es finden sich zahlreiche, zum größten Teil aus Lymphozyten und Plasmazellen, zum geringeren Teile aus Leukozyten zusammengesetzte Herde. Diese Zellanhäufungen umgeben zahlreiche kleine Gefäße, von denen einige Schwellungen ihrer Endothelien und Wandverdickungen aufweisen; bei einigen Gefäßen ist es auf Grund der Gefäßwandveränderungen zu einem thrombotisch obliterierenden Prozesse gekommen. Besonders zahlreich sind diese gummösen Herde in den zentralen Teilen des Knotens. Es gelang nicht, Spirochäten in den Knoten nachzuweisen. Der Patient, dessen Blut nach Wassermann positiv reagierte, litt gleichzeitig an einer Aortitis.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Murray-Will: **Scleroderma and Syphilis.** The B. j. o. D. a. S. 1927. 5.

An Hand einer sehr genauen Kasuistik richtet Verf. die Aufmerksamkeit auf den oft übersehenen Zusammenhang beider obiger Krankheiten. 27jährige Jüdin, bei der vor 4 Jahren zuerst Schwellungen an Enkeln auftraten, später auch an anderen Stellen, bietet jetzt unzweifel-

Digitized by Google

hafte Sklerodermie. Sonst nichts Auffallendes. W.-R. aber positiv. Spezifische Behandlungen bessern jedesmal die sklerodermischen Flecke, so daß auch die Krallenstellung der Finger an den befallenen Händen recht befriedigende Heilfortschritte macht. Zur Unterstützung seiner Ansicht führt Verf. eine reiche Zahl ähnlicher veröffentlichter Fälle an, die zum Teil auf spezifische Miterkrankung innerer Drüsen hinweisen. Auch *Raynaud*, der ja der Sklerodermie sehr nahe steht und sehr oft mit ihr vergesellschaftet ist, ist zum mindesten als luesverdächtig anzusprechen, so daß man an eine antiluetische Kur dabei denken sollte. Dazu 22 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

L. Markus: **Ein Fall von sarkoidähnlichem Syphilid.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 8.

Wieder eine Beobachtung von sarkoidähnlichen Gebilden, welche sich bei näherem Zusehen als atypische tertiäre Syphilide erwiesen und unter spezifischer Kur schwanden (55jährige Frau mit Lues ignorata).

A. Jordan.

Marchisio Lino: **Betrachtungen im Anschluß an einen Fall von tertiärem Phagedänismus.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1563.

Marchisio teilt einen Haut- und Knochengewebe betreffenden Fall von tertiärem Phagedänismus vom Typus des Phagedänismus der Oberfläche und zentrifugaler Irradation auf die unteren Extremitäten und von Phagedänismus terebrans des Hirnschädels mit, den sehr gute Röntgenbilder verdeutlichen. Auf Grund der Literatur unterzieht er die von den verschiedenen Autoren geäußerten Ansichten über die Ätiologie und Pathogenese des syphilitischen Phagedänismus einer kritischen Betrachtung; er nimmt für diesen Phagedänismus eine strenge spezifische Grundlage an, da er auch bei so schweren Komplikationen sich in deutlicher Weise durch die modernen spezifischen Heilmittel beeinflussen läßt.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Poplawsky: **Ein Fall von spontaner Amputation des Penis bei einem Syphilitiker.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 7.

Vollständiger Verlust des Penis bei einem 29jährigen Elektrotechniker mit stark positiver W.-R., so daß Verf. die Ursache der Gangrän in einer Thrombose der durch den spezifischen Prozeß veränderten Penisgefäße ansieht.

A. Jordan.

Gielmann: **Ein Fall von spontaner, vollständiger Amputation des Penis nach Gumma.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 1.

Schmerzloser Abfall des Penis bei einem 38jährigen Mann infolge gummöser Ulzeration desselben. Der Urin wird, meist unwillkürlich, durch eine kaum sichtbare Öffnung in einer Narbe des Skrotums entleert.

A. Jordan.

Parfenenkoff: **Ein Fall von Syphilis II maligna.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 3.

Zu einer Zeit, wo die Fälle von Syphilis maligna selten sind, mutet der beschriebene Fall mit ausgebreitetem pustulösem Syphilid, Iridozyklitis und einer Panophtalmitis sin. im 3. Monat der Erkrankung eigen an.

A. Jordan.

Digitized by Google

Ch. Laurentier: **Klinische Erscheinungsformen der Syphilis bei negativer W.-R.** Ann. de derm. et de Syph. 1927. Nr. 4.

Verf. bespricht an Hand eigener Beobachtungen die seltenen Fälle von Syphilis II recens und recidivans sowie von Nervensyphilis mit negativem Ausfall der W.-R. *Zurhelle*-Bonn.

A. B. Selisky-Kiew: **Zur Histologie und Pathogenese der Syphilis psoriasiformis. Gleichzeitig ein Fall von außerordentlich generalisierter Syphilis psoriasiformis gravis.** Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Es wird ein Fall von einer luetischen Infektion bei einem 25jährigen Mann beschrieben, die ganz unter dem Bilde einer schweren pustulösen Psoriasis verläuft. Die histologische Untersuchung der Effloreszenzen ergab, daß neben hyperkeratotischen Hornlamellen nur geringe Parakeratose besteht. Zwischen die Hornlamellen sind an vielen Stellen Mikroabszesse eingesprengt. In der Kutis sind die Papillen verbreitert, es bestehen zahlreiche Infiltrationsherde, die aus Lymphozyten und Plasmazellen gebildet werden. Die Gefäße zeigen Endothelwucherungen. Trotzdem also die Haut bei einer Lues in psoriatischer Form reagierte, ließen sich in diesem Falle keine Zusammenhänge mit Psoriasis vulgaris feststellen. *Krüger*-Sagan.

Agronik: **Zur Frage des syphilitischen Ursprungs der Ichthyosis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 4. (Russisch.)

Weder die eigenen Beobachtungen, noch eine kritische Betrachtung der Fälle aus der Literatur scheinen eine Abhängigkeit der Ichthyosis von Lues zu begründen. *A. Jordan.*

Dowling: **Syphilitic macular atrophy.** The B. j. o. D. a. S. [1927. 2.

Die bislang veröffentlichten obigen Fälle basieren teils auf voraufgehenden syphilitischen Roseolen, teils aber sollen sie unabhängig von solchen entstanden sein. Unser Fall gehört zur letzteren Gruppe. Der 44jährige Mann hatte seine Infektion vor 24 Jahren. Zur Zeit zeigt er außer einem gummösen Syphilid hauptsächlich am Stamm weit zerstreute linsenförmige Erhebungen parallel den normalen Hautfalten. Diese Tumoren sind teilweise weich und zusammendrückbar mit erweiterten Follikelöffnungen an Oberfläche und geschrumpfter Haut wie Zigarettenpapier. Die weicheren lassen sich in die Haut hineindrücken wie durch eine Hernienöffnung. Diese Tumoren treten zuerst unter der Form eines umschriebenen Ödems auf. Histologisch: Verflachen der Papillen, Verdünnung der Epidermis, allmählicher Verlust des elastischen Gewebes. Differentialdiagnostisch: Tuberkulose, Anetodermia erythematodes *(Jadassohn)* und multiple, benigne, tumorartige Geschwülste nach *Schweninger* und *Buzzi*. Verf. hält letztere Tumoren für identisch mit seinem Fall. Gegen *Jadassohns* Anetodermie spricht, daß hier die Tumoren nicht mit Ödem beginnen, daß sie hier nicht eine hypertrophische Vorstufe zeigen und daß sie hier lange Zeit rot bleiben, was alles bei des Verfassers Fall nicht vorlag. *Siegfried*-Aachen.

S. Pawlow: **Über den Einfluß des weichen Schankers auf den Verlauf der Syphilis.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

In kurzer Zeit wurden an der Klinik von *Welikanow* in Leningrad drei Fälle von Syphilis mit ungemein langer erster Inkubation beobachtet

Digitized by Google

(4—7 Monate). In allen Fällen handelte es sich um Kombination mit Ulcera mollia, so daß letztere nach Verf. einen verlängernden Einfluß auf die Syphilis auszuüben scheinen. *A. Jordan.*

Mirokjantz: **Zur Frage der professionellen syphilitischen Infektion der Ammen.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

Überall wird eine strenge Ammenuntersuchung verlangt, um das zu stillende Kind vor der Syphilis durch die Ammen zu schützen. Bei Durchsicht aller in der Literatur veröffentlichten Fälle von Brustdrüsenschankern, und wie die eigenen Beobachtungen des Verf. (2 Fälle) ergeben, daß in der Hälfte aller Fälle von Primäraffekten der Brustdrüsen derselben ein professioneller der Ammen ist, wobei Verf. für den Ammenschutz die Vorlegung eines Zeugnisses auch über die Gesundheit des zu stillenden Kindes fordert. *A. Jordan.*

Devojanz: **Ein Fall von zwei harten Scheidenschankern.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 3.

Infolge eitrigen Ausflusses aus der Urethra, verbunden mit schmerzhaftem Urinieren, wandte sich eine 24jährige Schneiderin an den Verf., wobei sich bei der Scheidenuntersuchung zwei harte Schanker daselbst nachweisen ließen. Den seltenen Befund von Scheidenschankern führt Verf. auf die Schmerzlosigkeit derselben zurück. *A. Jordan.*

M. Wein: **Zur Frage der extragenitalen syphilitischen Infektionen.** Moskowski Medicinski Journal. 1927. Nr. 3.

Beschreibung von 13 extragenitalen Schankern, davon 10 bei Frauen, und 3 bei Männern. Es betrafen 7 die Mandeln, 3 die Oberlippe, je einer den weichen Gaumen, eine Wange und beide Lider. *A. Jordan.*

Kedrow: **Zur Kasuistik der extragenitalen harten Schanker.**

J. Lewin: **Zur Frage des syphilitischen Primäraffektes der Brustwarze.** Venerologia u. Dermatologia. 1926. Nr. 6.

Ersterer Autor berichtet über harte Schanker an den Fingern, auf der Zunge, der Wangenschleimhaut und dem behaarten Kopf; letzterer über drei Brustwarzenschanker. *A. Jordan.*

Krüger: **Beitrag zur Kasuistik atypischer, extragenitaler Primäraffekte.** M. K. 1927. 18.

Während Lues sicher abnimmt, nehmen obige Primäraffekte zu, was prompte Heilung wegen häufiger Fehldiagnose erschwert. Dazu fünf kurze Kasuistiken von angeblich: Furunkel, Hauttuberkulose am Ohrläppchen und Sykosis parasitaria. Auch bei seronegativen, extragenitalen vermutlichen luetischen Primäraffekten soll man nach 3—4 Salvarsangaben W.-R. machen lassen, die dann meist positiv ausfällt. *Siegfried*-Aachen.

Lapicheff: **Über den diagnostischen Wert der vergrößerten regionären Lymphdrüsen bei atypischen, Syphilis vortäuschenden Fällen von Gelenktuberkulose.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 5.

Auf Grund von 12 Beobachtungen unterstreicht Verf., daß das sogenannte Symptom von Gangolphe, d. h. die Vergrößerung der in der Nähe des affizierten Gelenkes gelegenen Lymphdrüsen in allen Fällen das einzige Zeichen bildete, welches ungeachtet der großen klinischen

Digitized by Google

Ähnlichkeit der Gelenkaffektion mit Syphilis in den genannten Fällen auf Tuberkulose hinwies und andere Gründe für diese Vermutung zu suchen zwang. *A. Jordan.*

Hoffmann-Bonn: **Über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über Leicheninfektion mit Syphilis.** D. m. W. 1927. Nr. 36.

Von 38 Fällen, welche durch Rundfragen gesammelt wurden, konnten 20 als sichere, 14 als mögliche oder wahrscheinliche Leicheninfektionen mit Syphilis angesehen werden, während 4 ohne genügend nachprüfbare Angaben gemeldet wurden. Die Infektion erfolgte meist bei der Sektion von Leichen kongenitalsyphilitischer Kinder, seltener von Erwachsenen, welche an kondylomatöser Syphilis, Hirnsyphilis oder Paralyse litten. Bei den 20 sicheren Fällen saß der Primäraffekt meist an den Fingern, einmal im Halse. Der Verlauf der Erkrankung war öfters schwer (L. maligna, Hirnsyphilis), der bewußt oder unbewußt verschuldeten Verspätung in der Diagnosestellung entsprechend. Aus klinischen Beobachtungen und Tierversuchen geht hervor, daß Leicheninfektionen mit Syphilis auch noch später als innerhalb der ersten 24 Stunden post mortem erfolgen können. Die Seltenheit derartiger Infektionen wird auf eine mögliche Aktivitätsabschwächung der Spirochäte bei ihrem Aufenthalt in der Leiche zurückgeführt. *O. Dittrich*-Kiel.

Brunetti Belice: **Dritte syphilitische Infektion.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 4. S. 1261.

Den bisher veröffentlichten 6 Fällen von zweiter syphilitischer Reinfektion bei demselben Individuum (Fällen von *Bais*, 2 Fälle, *Porvel*, *Ollramare*, *Hect* und *Ivanoff*) reiht *Brunetti* seinen Fall als siebente Beobachtung an. Zwischen der ersten und zweiten Infektion lagen 12 Monate, zwischen der zweiten und dritten 25 Monate. Der Patient wurde bei jeder Infektion in der vorgerückten sekundären Periode geheilt, und zwar ausschließlich mit intravenösen Arsenobenzolkuren (Novarsenobenzol und Neargirol); die Heilung der ersten und zweiten Infektion erfolgte sowohl klinisch wie serologisch.

Der Fall erfüllte folgende elf Bedingungen, um als authentisch zu gelten: 1. Sicherheit der ersten und zweiten Infektion sowohl durch das klinische Aussehen der Krankheitsherde, wie durch den Verlauf und die bakteriologischen und serologischen Untersuchungen. 2. Intensive Arsenobenzolkuren zwischen den beiden ersten und der dritten Infektion. 3. Fehlen jeder klinischen und serologischen Erscheinungen während zweier Jahre zwischen der zweiten und dritten Infektion. 4. Neuer infektiöser Verkehr mit einer sicher syphilitischen Frau. 5. Regelmäßige Inkubationszeit zwischen den Infektionen und dem Auftreten der Primäraffekte. 6. Typische Charaktere der Primäraffekte (doppelseitige Leistendrüsenvergrößerungen usw.). 7. Positiver Spirochätenbefund im Primäraffekt. 8. Wassermann schwach positiv, nach und nach stark positiv werdend. 9. Auftreten typischer Sekundärerscheinungen nach einer regelmäßigen Inkubationszeit. 10. Progressive Entwicklung der sekundären Erscheinungen, welche 11. schnell nach spezifischer Behandlung heilen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Piccardi: **27. Fall von Reinfectio syphilitica.** Sez. piemontese d. soc. ital. d. Dermatol. 5. IV. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. S. 1057.

Digitized by Google

Die Häufigkeit der syphilitischen Reinfektion nach Einführung des Salvarsans beleuchtet folgende Beobachtung, die 27. des Verfassers: Der Patient infizierte sich 1921 und wurde in fortgeschrittener sekundärer Periode mit zwei Neosalvarsankuren behandelt. 1925 Wassermann negativ, 1927 typischer Primäraffekt, 6 Tage nach dem letzten Beischlaf entstanden, mit regionärer Lymphdrüsenschwellung. Der Primäraffekt bestand 14 Tage; Wassermann stark positiv. 40 Tage später Roseola.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Lass: **Ein Fall von syphilitischer Reinfektion.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 2.

Kedroff: **Zur Kasuistik der Re- und Superinfektion.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 1.

Ersterer Autor berichtet über einen Fall von Reinfektio syph. seit bereits nach ½ Jahr, wobei aber leider die erste Infektion nicht von ihm beobachtet wurde (Anm. des Ref.); letzterer über einen solchen nach 2 Jahren. In zwei weiteren Fällen spricht sich letzterer Autor für Superinfektion aus, weil die Erscheinungen frischer Lues bei Vorhandensein von Zeichen der alten Lues auftraten (Narben, Perforatio septi nasi usw.). *A. Jordan.*

Sielberg: **Ein Fall von Ulcus molle, welches einen harten Schanker vortäuschte. (Ulc. moll. infundibuliforme.)** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 5.

Seltene Beobachtung eines, im S. coronarius gelegenen, trichterförmigen Ulcus molle (Nachweis von Streptobazillen *Ducrey*), welches stark an einen harten Schanker erinnerte. *A. Jordan.*

Cartia Bartolomeo: **Beitrag zum bakteriologischen Studium der Ulcera mollia.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1577.

Bei Kultivierungsversuchen des Streptobazillus *Ducreys* durch Überimpfung des Materiales von Autoinokulationsulzeris auf Kaninchenblutagar konnte *Cartia* einen Keim isolieren, welcher sich hierbei morphologisch, kulturell und färberisch anders verhielt wie der *Ducrey*sche Bazillus, mit welchem es aber möglich war, experimentell beim Menschen eine ulzeröse Veränderung vom Typus des Ulcus molle hervorzurufen.

Dieser Keim fand sich häufig im Eiter von Autoinokulationsulzeris, besonders in solchen von destruktivem Typus; aus diesen ließ er sich leicht isolieren und auf allen gewöhnlichen Nährböden züchten. Er fand sich auch fast rein im Eiter der experimentell erzeugten Ulzera, aus denen er sich von neuem kultivieren ließ.

Nach Darstellung der bei der Isolierung angewandten Technik beschreibt *Carti* seine morphologischen und färberischen Charaktere in ihren Differenzen gegenüber dem *Ducrey*schen Bazillus: Fehlen der Anordnung in langen Ketten, Grampositivität, Möglichkeit der Züchtung auf den gewöhnlichen Nährböden. Der Autor versuchte auch von diesem Keim ein Antigen für die Intradermoreaktion und eine Vakzine für die Behandlung der Ulcera mollia herzustellen, aber die bisher erzielten Resultate berechtigen noch nicht zu weiteren Schlüssen. Er nimmt an, daß dieser Keim doch eine Bedeutung für die Pathogenese der Ulcera mollia besitzt, sei es, daß er die Virulenz des *Ducrey*schen Bazillus steigert, sei es, daß er direkt Ulzera hervorrufen kann. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Digitized by Google

Pollano: **Tabes dorsalis juvenilis nach Syphilis congenita.** Sez. piemontese d. soc. ital. d. Dermatol. 8. III. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 885.

Die Mutter der 15jährigen Patientin, klinisch symptomfrei, hat positiven Wassermann. Die Patientin weist folgende Erscheinungen auf: Anisokorie, Atrophie der N. VIII, Westphal, Argyl-Robertson, Andeutung von Romberg; Blut- und Lumbalpunktatwassermann stark positiv.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

H. Behdjet-Konstantinopel: **Recklinghausensche Krankheit und kongenitale Syphilis.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 4.

Es werden zwei Fälle beschrieben, bei denen neben typischen Symptomen der Recklinghausenschen Krankheit gleichfalls eine kongenitale Lues besteht. Diese Tatsachen werden nur mitgeteilt, ohne daß vorläufig weitere Schlüsse daraus gezogen werden. *Krüger*-Sagan.

Ironside: **Von Recklinghausens disease and congenital Syphilis. (Fall von Recklinghausen, zusammen mit angeborener Syphilis.)** The B. j. of ven. dis. 1926. 7.

Auch Recklinghausen ist ererbt vom vorgestellten 10jährigen Mädchen. Zur Zeit nach spezifischer Behandlung W.-R. auch im Liquor negativ. Recklinghausen in vierter Aszendenz mütterlicherseits noch nachweisbar. Bald waren typische festansitzende oder gestielte lila- und kaffeebraune Tumoren in Ahnenreihe, bald Kaffeeflecke, wie bei Mutter. Vorgestellte (wie ihre Schwester) Abortivform mit wenigen braunen Flecken und Knoten. Zirbeldrüse vergrößert ebenso wie Zuckertoleranz. Augenhintergrund Ödem der Papille mit Übergang in Atrophie. Schwester bei Autopsie Zirbeldrüsenzyste. Fall interessant wegen Abgrenzung beider Krankheiten, weil nicht ganz klar, welche Komponenten jeder der beiden Krankheiten hier zukommen. *Siegfried*-Aachen.

W. H. Guy: **Interstitial Keratitis in Congenital Syphilis. (Keratitis parenchymatosa bei Lues congenita.)** Pittsburgh. Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 19.

In einer statistischen Abhandlung werden die Fälle von Keratitis parenchymatosa besprochen, die in der Freisprechstunde der Universität Pittsburgh zur Behandlung kamen. Bei 2536 Patienten konnte die Diagnose Lues gestellt werden. Hiervon wiesen 160 Fälle eine Keratitis parenchymatosa auf, und zwar handelte es sich hierbei 150mal um Lues congenita und 7mal um sekundäre bzw. um tertiäre Syphilide. In drei Fällen war die Diagnose unsicher. Verf. verwirft die Ansicht von *Spicer*, daß das weibliche Geschlecht wegen Schwangerschaft bzw. wegen Laktation zu Keratitis parenchymatosa prädisponiert ist. Eher ist ein Trauma als auslösendes Moment bei der Erkrankung anzusehen. In sechs Fällen von K.P. konnte ein Fremdkörper in der Kornea festgestellt werden. Es folgen Therapievorschläge. *Röntz*-Bonn.

George H. Belote: **Pregnancy and Neurosyphilis. (Schwangerschaft und Neurosyphilis.)** Journal of the American Medical Association, Bd. 89. Nr. 4. S. 268.

Die Untersuchung an dem Material der Universitätskliniken Ann Arbor von den letzten 5 Jahren (ca. 1000 Fälle) zeigte, daß die Erkrankung des

Digitized by Google

Zentralnervensystems bei Frühsyphilis bei Frauen und Männern gleichmäßig häufig vorkommt. Das Geschlecht an und für sich scheint kein Faktor zu sein, der einen Einfluß auf die Erkrankung des Zentralnervensystems hat. Jedoch war bei schwangeren Frauen der Prozentsatz der Erkrankung des Zentralnervensystems höher als bei Nichtschwangeren und Nulliparen. Bei Spätsyphilis ist der Prozentsatz bei schwangeren und nulliparen Frauen praktisch derselbe. Schwangerschaft scheint neurosyphilitische Späterkrankungen nicht zu verhindern. *Memmesheimer*-Bonn.

Golomb: **Über einen Fall von universellem Infantilismus und Diabetes insipidus infolge von Erblues.** Veneralogia u. Dermatologia. 1927. Nr. 6.

18jähriger Knabe, welcher in jeder Hinsicht den Eindruck eines 10—12jährigen Knaben machte. Der Diabetes insipidus hat sich vor 2 Jahren eingestellt. *A. Jordan.*

Karl Sollgruber: **Osteoperiostitis tibialis — ein häufiges klinisches Symptom der Säuglingslues.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 10.

Die Osteoperiostitis tibialis unter dem Bilde einer spindligen Auftreibung der Tibia oder durch höckerige Beschaffenheit der Tibia erkennbar, ist nach Beobachtungen des Verfassers ein nicht seltenes, und oft das einzige Symptom einer Lues congenita beim Säugling.

Weinstock-Charlottenburg.

Buschke u. *Gumpert:* **Kongenitale Lues.** Kl. W. 1927. Nr. 6. S. 263.

Verf. präzisieren die augenblickliche Stellung der heutigen Wissenschaft von kongenitaler Lues dahin, daß als wirksamste Maßnahme die prophylaktische Behandlung der syphilitischen Mutter allgemein anerkannt wird, daß diese Behandlung so intensiv als möglich gestaltet wird, und daß die Syphilis nicht prinzipiell als Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft angesehen wird. Die Behandlung der kongenital luetischen Kinder soll jahrelang und intensiv betrieben werden unter souveräner Bevorzugung des Salvarsans. Die Erfolge dieser eingreifenden Behandlung quoad vitam und Intellekt werden allgemein als sehr günstig bezeichnet und nur in bezug auf spezielle Fragen, wie der Bevorzugung der klinischen oder der ambulanten Behandlung, die Bewertung der Seroreaktionen usw. scheinen die Auffassungen in größerem Umfange geteilt zu sein. *Hans Ritter*-Berlin.

Rachmanow: **Kann das Tuberculum Carabelli als ein Zeichen von kongenitaler Syphilis angesehen werden?** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 9.

Das Tuberculum Carabelli fand sich nur in 5 unter 78 Fällen von sicherer Erbsyphilis und dagegen bei 66 Personen, bei denen weder klinisch, noch anamnestisch irgendwelche Hinweise auf Syphilis vorlagen, und endlich bei 7 Personen mit erworbener Syphilis. Wenn es auch anscheinend etwas öfter in Verbindung mit vererbter Syphilis vorkommt, so kann es doch, ohne andere Symptome, nicht zum Beweis einer kongenitalen Syphilis dienen. *A. Jordan.*

Schirwindt: **Seltener Fall von Erbsyphilis.** Sammlung verschiedener Arbeiten zum Gedächtnis an Prof. *Fediosky.* Moskau 1927.

Einziges Symptom der Erbsyphilis, bestehend bei dem 2monatigen Kinde in Ostitis und Periostitis der Vorderarme und Unterschenkel. W.-R. negativ, günstiger Erfolg durch spezifische Kur. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Burke: **Congenital Syphilis.** The B. j. o. ven. dis. 1926. 6.

Das Wort „hereditär" lehnt Verf. für sogenannte angeborene Syphilis ab. „Hereditär" kann nur eine erbliche Mitgift genannt werden, die in der elterlichen Keimanlage selbst überkommen ist. Auch „hereditäre" Lues ist erworben, allerdings schon im frühesten embryonalen Alter, so daß das Kind als „saturierte Lösung von Syphilis" zur Welt kommt, was den Zustand natürlich wesentlich verschlimmert im Gegensatz zur erworbenen kindlichen Syphilis, die leichter zu bekämpfen bleibt. Bei jeder Schwangerschaft sollte man, wie den Urin, auch das Blut der Eltern auf Lues untersuchen, erst dann bestände Aussicht, die 30000 jährlichen Früh- und Totgeburten Englands ungeschehen zu machen. Die Schlußfolgerungen einer kürzlich erschienenen Publikation in dieser Materie, betitelt: „Mütterliche Syphilis als Todesursache von Fötus und Neugeborenen", herausgegeben vom Staatlichen Medizinischen Untersuchungsinstitut, lehnt Verf. ab und stellt dafür vier eigene Forderungen auf, die sich je nach dem Ausfall der W.-R. der Eltern mit der Frage beschäftigen, wann man die Mutter schon während der Gravidität und wann man das Kind behandeln soll, ohne daß äußerlich Lues nachzuweisen ist. Weiter wird eine Aufzählung von körperlichen Anormalitäten gegeben, die beim Kinde luesverdächtig sind. Endlich Therapie, die 5 Jahre etwa dauern soll und mehr auf Hg und Bi sich beschränken soll, als zum Salvarsan greifen. 9 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

Fischl: **Die experimentelle Erzeugung kongenitaler Syphilis, bisherige Erfahrungen und eigene Versuche.** M. K. 1926. 49 und 50.

In 49 und zur Hälfte auch in 50 gibt Verf. ein Sammelreferat über die bisherigen Versuche und ihre Autoren, seine eigenen neuen Ergebnisse sind eingestandenermaßen zur Zeit noch dürftig, und weiteres bleibt der Zukunft vorbehalten. Ihm erwies sich das Blut von Profetakindern als unwirksam gegenüber Spirochäten, denn weder deren Beweglichkeit nahm ab, noch zeigten sich Spuren von Agglutination. Die Infektiosität des von kongenital-luetischen Kindern stammenden Materials erwies sich im Tierversuch als minder stark denn das von Erwachsenen oder das von infizierten Tieren. Auch Material von Primäraffekten und Kondylomen von Erwachsenen ergab recht unsichere Ergebnisse, erst Nicholstamm nach zahlreichen Tierpassagen war brauchbar. Verf. infizierte den Kaninchenbock oder das Weibchen, schließlich auch beide, und brachte sie hinterher zur Paarung. Nach seinen Erfahrungen ist die experimentelle Kaninchenlues eine konstitutionelle. 5 Junge eines Wurfes von 8 Tieren luetischer Eltern verhielten sich späteren Impfversuchen gegenüber positiv und sonst auch genau so wie die Kontrollen. In den Totgeburten ließen sich keine Spirochäten nachweisen, womit aber noch nicht das letzte Wort in dieser Frage gesprochen sein soll. *Siegfried*-Aachen.

E. Levin u. *W. Schmalz*-Berlin-Neukölln: **Ist der Mangel des Processus xiphoideus (Axiphoidie) für die Diagnose der kongenitalen Syphilis zu verwerten?** Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 51.

Von dem Franzosen *Queyrat* ist erstmalig das Fehlen des Processus xiphoides als eine bei kongenitaler Syphilis häufige und wichtige Mißbildung beschrieben worden, und er hat mehrere Fälle, die auch andere typische kongenitalsyphilitische Stigmata aufwiesen, in der Pariser Der-

Digitized by Google

matologischen Gesellschaft vorgestellt. Bei der Untersuchung von 272 Pat. auf dieses Merkmal stellte sich heraus, daß bei kongenital Syphilitischen in 13,3 % und bei Personen ohne Syphilis in 22,2 % der Fälle der Processus xiphoides nicht nachweisbar war.

Nach den Ergebnissen ist also wohl kaum in der Axiphoidie ein einigermaßen sicheres Symptom für kongenitale Syphilis zu erblicken.

Krüger-Sagan.

Goldhurst: **Unrecognized cases of congenital Syphilis. (Unerkannte Fälle von kongenitaler Lues.)** The B. j. o. D. a. S. 1927. 2.

Verf. richtet die Aufmerksamkeit darauf, daß oft luetischer Untergrund bei vielen andersscheinenden Leiden der Kinder übersehen wird, daß so eine häufige Fehlerquelle sich breitmacht in der Beurteilung des Erfolges antiluetischer Behandlung der graviden Mütter. Unter 2000 Fällen des *Queen Mary*schen Kinderhospitals in Carshalton waren 60 % tuberkulös. Innerhalb von 3 Jahren fanden sich nach W.-R. unter dieser Zahl 27 kaschierte Luesfälle, die alle demnach schnell gebessert werden konnten bzw. geheilt. Die beigegebene Liste dieser 27 Kinder umfaßt als Aufnahmediagnose außer den verschiedensten tuberkulösen Leiden noch Poliomyelitis, angeborenes Fehlen eines Beines, Anämie und verzögerte geistige Entwicklung.

Siegfried-Aachen.

B. Heft: **Syphilis und Gravidität.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 1.

Über den Ausgang der Gravidität bei syphilitischen Schwangeren gibt folgende Tabelle wertvolle Daten:

Ausgang der Schwangerschaft	bei Unbehandelten	bei Behandelten während der Gravidität		bei Behandelten vor der Gravidität		bei Behandelten vor u. während der Gravidität	
		mit Hg	kombiniert	mit Hg	kombiniert	mit Hg	kombiniert
Abort	36 (10,5 %)	8 (8,5 %)	5 (7 %)	4 (14,3 %)	—	7 (12,3 %)	1 (3 %)
Tot- und Frühgeburten	102 (30 %)	30 (31,9 %)	7 (10 %)	10 (35,6 %)	2 (28,6 %)	14 (24,5 %)	—
Kranke Kinder im Laufe d. 1. Jahres	105 (30,5 %)	23 (25 %)	8 (11,2 %)	6 (21,5 %)	3 (43 %)	15 (26,3 %)	2 (6 %)
Kranke, aber lebende Kinder . . .	59 (17 %)	5 (5,1 %)	10 (14 %)	2 (7,1 %)	1 (14,2 %)	3 (5,3 %)	4 (12 %)
Anscheinend gesunde Kinder . .	42 (12 %)	29 (29,5 %)	41 (57,8 %)	6 (21,5 %)	1 (14,2 %)	18 (31,6 %)	26 (79 %)
	344 (100 %)	94 (100 %)	71 (100 %)	28 (100 %)	7 (100 %)	57 (100 %)	33 (100 %)

A. Jordan.

Jellin: **Die frühzeitige Erbsyphilis nach dem Material der Kasaner geburtshilflichen Klinik in der Zeit von 1900 bis 1926.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 1.

In 19,7 % der Fälle deutete der hohe Gewichtskoeffizient der Plazenta, trotzdem sich bei den ausgetragenen Kindern gar keine Zeichen von Lues

Digitized by Google

fanden und auch die Anamnese negativ war, auf Syphilis der Neugeborenen hin, zumal bei den nicht ausgetragenen Kindern der Gewichtskoeffizient der Plazenta in 62,2 % hoch war. In 1,9 % aller Geburten mußte, allein aus den klinischen Zeichen, bei den Neugeborenen Lues diagnostiziert werden. *A. Jordan.*

Syphilis.

Therapie.

H. Merz-Basel: **Persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 1.

Verf. bestätigt die günstigen Erfolge mit Chinin-Quecksilbersalzen zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten und betont, daß er bereits im Jahre 1923 dieselben nach eingehender Prüfung zu diesem Zwecke vorgeschlagen habe. Zu beachten ist dabei, daß die Haltbarkeit der Chinin-Quecksilbersalze nicht unbegrenzt ist, und daß infolgedessen bei älteren Packungen oder zu langer Aufbewahrung mal Versager vorkommen können. Gelegentlich werden auch Reizerscheinungen in Form von ödematösen Schwellungen des Präputiums und Urethritiden beobachtet.

Krüger-Sagan.

Krom u. *Saltzmann:* **Die Bedeutung des venerologischen Dispensaires für die Bekämpfung der Prostitution.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 6.

Von den Prostituierten Smolensks gelang es dem venerologischen Dispensär, 80 % zur Untersuchung, Aufklärung und Behandlung heranzuziehen. Das ist von großer Bedeutung geworden und trägt bereits seine Früchte, da sich von den Prostituierten nur 0,7 % als gesund erwiesen, 47,5 % hatten Gonorrhöe, 7,7 % Syphilis, 44,1 % gleichzeitig beide Krankheiten. Das Venerologische Dispensär sucht auch den Prostituierten durch Arbeitsangebot und Subventionen zu helfen. *A. Jordan.*

M. Wein: **Zu den Resultaten einjähriger Arbeit des 4. ven. Dispensaires in Moskau.** Moskowskij Medicinskij Journal. 1927. Nr. 7.

Abgesehen von der Behandlung und Heranziehung der venerischen Kranken selbst, besteht die Aufgabe dieses wie der übrigen Dispensärs, in der Untersuchung ihrer Familienangehörigen und der Aufklärung über venerische Krankheiten. Es zeigte sich, daß nur 27 % der Frauen bis dahin etwas von venerischen Krankheiten gehört hatten, während von den Männern 80 % bereits aufgeklärt waren. Von 1828 Angehörigen der Kranken, welche auf Aufforderung zur Untersuchung kamen, erwiesen sich 825, d. h. 74 %, krank, darunter 324 latent syphilitisch. *A. Jordan.*

Marriage and Syphilis. (Heirat und Syphilis.) The B. j. o. ven. dis. 1926. 8. 1. *Lacapère.* 2. *Jewesbury.* 3. Diskussion.

1. *Lacapère:* Verf. behandelt seine verschiedenen Behandlungsarten der Syphilis je nach dem serologischen Zustand, wobei er die tertiäre Form wieder in sechs Unterabteilungen trennt, jede mit besonderer Behandlungsart. Dann behandelt er weiter einzeln die verschiedenen Möglichkeiten des syphilitischen Verhaltens von Ehekandidaten und auch die luetischen Möglichkeiten von Mutter zum werdenden und geborenen Kinde. Grundsätzlich soll vor Eheschluß negativer Wassermann erzwungen werden, sonst Eheverweigerung. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

2. *Jewesbury:* Statistik von 200 syphilitischen Kindern und weiteren 200 von syphilitischen Frauen, die aber während Gravidität spezifische Behandlung hatten. Von kongenitalen Kindern kamen bei einer Gruppe von 84 42 Kinder auf Augenleiden. Verhältnismäßig oft kommen auch Beinschmerzen vor (Periostitis tibialis), 5 Fälle. Wenn man die kongenitalen 200 Kinder in drei Gruppen teilt, 1. bis 1 Jahr, 2. von 1—6 Jahren, 3. von 6—14 Jahren, dann bemerkt man in Gruppe 1 Rhinitis 47mal, vergrößerte Milz 46mal und vergrößerte Leber 30mal. In Gruppe 3 dagegen Keratitis interstitialis 44mal. Die luetischen Stigmata, deren 47 in den drei Gruppen kontrolliert wurden, zeigen demnach in verschiedenen Lebensaltern verschiedene Häufungen. W.-R. war bei 192 untersuchten Fällen in 164 positiv, wobei sich ergab, daß die meisten positiven Ergebnisse in der dritten Gruppe erst sich fanden (6—14 Jahre). Behandlung durchschnittlich 12 Monate mit dem Erfolg, daß W.-R. in 84 Fällen negativ wurde, 33 wurden nicht beeinflußt.

Verdächtige Kinder von eines der Eltern mit Lues (Vater 50 Fälle, Mutter 196 Fälle) wurden von einer Woche bis über ein Jahr Lebensalter kontrolliert, keins dieser Kinder zeigte klinisch noch serologisch Luessymptome. *Siegfried*-Aachen.

3. Diskussion: *Sequeira* berichtet, daß bei 2000 Erstgebärenden W.-R. nur 2 % positive Ergebnisse gehabt habe. Demnach kämen in ersten Ehejahren nur wenig Übertragungen vor, desto mehr aber wohl später, was spätere Häufung der Früh- und Totgeburten vermuten lasse. Dagegen hat *Palmer* unter 2010 Primiparis 21 positive Fälle gefunden. Neun untersuchte Ehemänner dieser waren W.-R. negativ, die übrigen verweigerten Serountersuchung. Nur zwei Kinder waren positiv. *Bayly* warnt vor zu großer Ängstlichkeit des Arztes beim Erteilen des Ehekonsenses; es käme nur an auf das Verhältnis an Gefahren, das nach eben Mitgeteiltem doch wesentlich übertrieben werde. Wenn man alle und jede Gefahr vor Ehe eliminieren wolle, dann käme überhaupt keine Ehe mehr zustande, und schließlich ist die Ehe ja auch nicht als Garantieschein gegen jede Krankheitsmöglichkeit aufzufassen. Da Erfahrung lehre, daß bei gewissenhafter Behandlung vor Ehe und bei Gravidität die Gefahr für die Kinder doch nur recht gering sei, brauche man nicht so weit zu gehen wie *Lacapère*, der jedes Risiko vor Eheschließung erst ausgeschaltet haben wolle. *Mac Cormac* schließt sich Vorredner an, aber nur für den Ehegatten, die Frau dagegen bedürfe größerer Sorgfalt. Demgegenüber weist *Lacapère* nochmals auf den Standpunkt der Franz. Gesellschaft zum Studium der Geschlechtskrankheiten hin, daß der Mann, wenn er trotz gewissenhafter Behandlung seropositiv blieb, nicht vor 12 Jahren heiraten dürfe, die dauernd seropositive Frau aber überhaupt nicht. *Siegfried*-Aachen.

Marriage and Syphilis. (Heirat und Syphilis.) The B. j. o. ven. dis. 1926. 7. 1. *Riddoch*, 2. *Panton*, 3. Diskussion.

1. *Riddoch:* Als Neurologe meint er, daß jeder Luetiker, wenn sein Leiden mal generalisiert war, für sein ganzes Leben der Behandlung bedürfe, sonst könne man für nichts garantieren bezüglich Ehe oder Spätfolgen. Nicht so schlimm ist Lues, die nie seropositiv wurde. Jede eindeutige Antwort auf obige, sicher jeden Dermatologen bewegenden Fragen kann natürlich auch Verf. nichts geben und versucht es auch nicht.

Digitized by Google

2. *Panton:* Auch kein Tertiärluetiker darf trotz negativem Wassermann heiraten. Auch weiter kommt dieser Beitrag nur auf Negatives heraus. Er ziehe es vor, den Heiratskonsens beim Allgemeinpraktiker beantragen zu lassen.

3. Sehr richtig bemerkt zu Beginn der Diskussion der Vorsitzende *Fox*, daß das hier vorgebrachte Rätselraten ihm fast zum Dazwischenfahren genötigt hätte. Auch die weitere Diskussion bringt unsere Frage um keinen Schritt weiter. *Siegfried.*

Maccari, F.: **Die spezifische Vakzinetherapie bei Ulcera mollia und ihren Komplikationen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 379.

Nach den Erfahrungen von *Maccari* scheint die *Nicoll*sche Vakzine den sonstigen lokalen und allgemeinen nicht spezifischen Mitteln überlegen zu sein. Wahrscheinlich kommen bei ihrer Wirkung verschiedene Heilfaktoren in Betracht: ein thermischer, ein heteroproteinischer und ein spezifischer. Doch dürfte die Behandlung sich kaum zur Allgemeinbehandlung empfehlen, da die einfachen Ulcera mollia sich gut durch örtliche Behandlung beeinflussen lassen und es nicht berechtigt wäre, den Körper heftigen Allgemeinreaktionen auszusetzen. Dagegen kommt die Behandlung für Lymphadenitiden und phagedänische Prozesse in Betracht.
Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Maggiulli: **Die Intradermobehandlung der venerischen Adenitiden und Ulcera mittels der Nicollschen Vakzine.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 377.

Maggiulli, der zuerst die *Nicoll*sche Vakzine intravenös verwendete, ist wegen der schweren Allgemeinerscheinungen zu der Intradermobehandlung übergegangen. Nach seinen Erfahrungen hat die letztere Behandlungsform wegen des Fehlens der Nebenerscheinungen Vorzüge vor der intravenösen Behandlung. Je nach der Art der Fälle variierte die Zahl der notwendigen Intradermoinokulationen. Im allgemeinen trat die heilende Wirkung schon nach der dritten, höchstens nach der fünften Applikation auf; war sie dann nicht deutlich erkennbar, so ergaben auch weitere Injektionen keine besseren Resultate. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Di Vittorio Amedeo: **Die Vakzinebehandlung der Ulcera mollia.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1588.

Nach einem Bericht über die verschiedenen Versuche mit der Serum- und Vakzinebehandlung der Ulcera mollia teilt der Verf. seine eigenen Versuche an 30 Fällen mit der Antistreptobazillenvakzine von *Nicolle* mit. Die Ergebnisse sind ausgezeichnete und vor allem glänzend bei allen Drüsenkomplikationen. Der Krankenhausaufenthalt der Patienten wird deutlich abgekürzt.

Die Intradermoreaktion wurde sowohl bei Kranken mit Ulcera mollia wie bei solchen ohne Ulcera mollia angestellt. Sie erwies sich als spezifisch und als diagnostisch verwertbares Element für alle durch den *Ducrey*schen Bazillus verursachten Affektionen.

In Anbetracht der besseren Wirksamkeit der *Nicolle*schen Vakzine, als die aller anderer Behandlungsmittel wurde es versucht, den Mechanismus dieser Wirkung festzustellen. Offenbar handelt es sich um eine spezifische Wirkung dieser Vakzine, begünstigt wahrscheinlich durch einen kolloidoklasischen Vorgang, der den bakteriellen Proteinen zuzuschreiben ist.

Digitized by Google

Er weist ferner auf die vorzüglichen Resultate von *Nababou-Sala* mit der lokalen Applikation von Vakzineinfiltraten hin und meint, daß die beiden Methoden, die allgemeine Vakzination auf intravenösem Wege nach *Nicolle* und die lokale Behandlung nach *Nababou-Sala*, zusammen oder je nach den Fällen allein angewendet, in die Praxis Eingang finden dürften. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Jerome Kingsbury and *Samuel M. Peck:* **Treatment of Phagedenic Ulcerations of the Genitale with Intravenous Administration of Antimony and Potassium Tartrate. (Behandlung phagedänischer Schanker mit intravenösen Injektionen von weinsaurem Antimon bzw. Kalium.)** Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Nr. 23.

Durch intravenöse Injektionen von weinsaurem Kalium bzw. Antimon erzielten Verf. gute Erfolge. Behandlungsdauer in der Regel 3—5 Monate. Als nützlich erwiesen sich Kombinationen mit subkutanen Vakzineinjektionen (Bacillus venereogranulomatis — Vakzine). Angewandt wurden Lösungen (1 %) in 5- bzw. 10-ccm-Ampullen. Maximaldosis 10 ccm. Bei längerer Aufbewahrung Sedimentbildung, was aber die Lösung nicht unbrauchbar macht. Die Anfangsdosis ist 3 ccm. Mit jeder Injektion wird um 1 ccm gesteigert, bis die Maximaldosis erreicht ist. 3—4 Injektionen pro Woche. Langsam injizieren! Einige Pat. sind gegen das Medikament überempfindlich, zeigen Hustenreiz, Salivation, bei schwerer Schädigung Atemnot und Zyanose. Auch wurden gelegentlich Venenthrombosen beobachtet. Doch waren die Erfolge oft großartig. Verbände mit einer ½—1 %igen Lösung sind sehr schmerzhaft und zeigen nur geringe Besserung. Anschließend wird über drei Fälle mit phagedänischem Schanker berichtet, die nach den Injektionen glatt abheilten. *Röntz*-Bonn.

Devoto, A.: **Die Vakzinebehandlung der Ulcera mollia.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 384.

Nach den Erfahrungen von *Devoto* kommt die Vakzinebehandlung mit der Vakzine „Dmelcos" in Betracht: 1. für Patienten mit multiplen und sehr ausgedehnten Ulcera mollia oder solchen, die an für eine örtliche Behandlung schwer erreichbaren Stellen sitzen (Umgebung des Afters und Meatus urethrae usw.), 2. für Fälle mit Adenitis auf dem Wege der Vereiterung, 3. für Fälle von Phagedänismus und für gegen die lokale Behandlung sich resistent erweisende Ulzera.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Donato: **Die Antistreptobazillenvakzination bei Ulcera mollia und ihren Komplikationen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 1. S. 117.

Donato hat bei 22 Fällen von Ulcera mollia und ihren Komplikationen die Antistreptokokkenvakzine *Nicolles* angewendet und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. *Nicolles* Vakzine hat eine sichere spezifische Wirkung bei Ulcera mollia und ihren Komplikationen; 2. die einfachen Formen heilen nach 2—4 intravenösen Einspritzungen, komplizierte und vereiterte Bubonen erfordern mehr; 3. jeder Injektion folgt eine mehr oder weniger intensive Reaktion (Schüttelfrost, Kopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen, Fieber bis zu 40°) von verschiedener Dauer; nach der Kur sind die Patienten entkräftet; 4. man beginnt vorsichtigerweise mit kleinen Dosen und steigt allmählich je nach der Empfindlichkeit des Individuums; 5. wegen der starken allgemeinen Reaktionen ist der Gebrauch der Vakzine

Digitized by Google

nur ratsam bei phagedänischen Geschwüren, bei Phimose mit Ulzeris, bei endourethralen und analen Geschwüren und bei Adenitiden, wenn sie offen und ulzeriert sind; 6. die Verwendung der Vakzine ist dort kontraindiziert, wo die intravenöse Injektion überhaupt nicht ratsam ist.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

J. Leyberg-Lodz: **Zur Osmotherapie des syphilitischen Liquors.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52b.

Ausgehend von der Tatsache, daß nach Injektion von konzentrierten Salzlösungen ein Flüssigkeitsstrom von den Geweben nach den Blutgefäßen einsetzt und dadurch wahrscheinlich bei dem nachfolgenden Rückstrom eine bessere Permeabilität der Meningen für Medikamente zu erzielen ist, hat Verf. zunächst 100 ccm einer 15%igen NaCl-Lösung injiziert und mehrere Stunden darauf eine größere Salvarsandosis. Es zeigte sich aber, daß sich an den Venenwänden Entzündungen und damit ein Verschluß des Lumens einstellte, der die Fortsetzung dieser Therapie unmöglich machte. Außerdem hatten tierexperimentelle Untersuchungen ergeben, daß bereits 10 Minuten nach der Injektion das stärkste Absinken des Liquordruckes festzustellen ist. Um ebenfalls die Methode für die ambulante Praxis (zweimalige Injektion an einem Tage) besser durchführbar zu machen, wurde 40%ige Urotropinlösung als Lösungsmittel für das Neosalvarsan angewendet. Die Verträglichkeit dieser Lösung war ausgezeichnet und die therapeutischen Erfolge bei Luetikern mit Liquorveränderungen waren auch vielversprechend. *Krüger*-Sagan.

A. Beck: **Eine Kanüle zur perkutanen intravenösen Infusion bei schlechten Venen.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 52.

Die Kanüle besteht aus drei aneinandergesteckten Kanülen, von denen zwei stumpf abgeschliffen sind; diese sollen bei dünnen Venen ein Hochschieben innerhalb des Venenlumens ohne Durchbohrung der hinteren Venenwand ermöglichen. *Weinstock*-Charlottenburg.

Friedrich Dietel: **Zur Technik der intravenösen Injektion.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 48.

Um die Entstehung eines Infiltrates beim Durchstechen der hinteren Venenwand zu vermeiden, empfiehlt es sich, nach dem Zurückziehen der Nadel aus der Durchstichstelle innerhalb des Venenlumens die Kanüle ein Stück über die Durchstichstelle vorzuschieben. Schon entstandene Infiltrate kann man durch Umspritzung mit 20—30 ccm physiologischer NaCl-Lösung, eventuell mit einem ½%igen Zusatz von Novokain, kupieren.

Weinstock-Charlottenburg.

Kurt Trommer: **Zur Technik der intravenösen Injektion.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 43.

Verf. empfiehlt die intravenöse Injektion ohne Stauung; sie macht den Injizierenden unabhängig von einer Hilfskraft, ferner kommt es bei Durchstechung der Venenwand nicht zur Bildung von perivenösen Hämatomen. *Weinstock*-Charlottenburg.

Otto Hirsch-Tabor: **„Basicav", eine neue Spritze für Injektionen in die Ellenbeugenvenen.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 42.

„Basicav" ist eine Injektionsspritze mit exzentrischem Konus und einer konkaven Basis, die durch zwei unten an der Fassung der Spritze

Digitized by Google

angebrachte bogenförmige Stützen erreicht wird. Der Vorteil dieser Konstruktion liegt darin, daß man die Spritze in ihrer ganzen Ausdehnung auf den Unterarm auflegen kann, so daß sie nach keiner Richtung wackeln oder abrutschen kann. Ferner ist eine Perforation der hinteren Venenwand ausgeschlossen. *Weinstock*-Charlottenburg.

Heinrich Ruge: **Die vorläufigen Ergebnisse der Luesbehandlung bei der Marine.** Zusammengestellt nach 626 Fällen von frischer Lues. A. f. D. Bd. 149. S. 297.

Bei kombinierter Salvarsan-Quecksilberbehandlung blieben die seronegativen Fälle nach zwei Kuren rezidivfrei. Die Fälle mit positiver Schwankung blieben bei 2—3 Kuren in 98,6 % frei, während die seropositiven Fälle von Lues I und II nach 3—4 Kuren in 88,3 % erscheinungsfrei blieben. *Hopf*-Jena.

Ching Mingchen-Honan (China): **Ein Beitrag zur Statistik der Syphilisbehandlung (die tertiäre Syphilis der Berliner Prostituierten).** A. f. D. Bd. 149. S. 256.

Als häufigste frühtertiäre Erscheinung wurden die tuberoserpiginösen Exantheme und die Erscheinungen an der Mundschleimhaut festgestellt. Sowohl sie wie auch die Tabes treten am häufigsten bei unbehandelten Patienten auf, während nach Salvarsanbehandlung ein nur etwa ⅔ Prozentsatz der Erkrankungsziffer besteht. *Hopf*-Hamburg.

Bruhns: **Wird durch unsere jetzige Salvarsanbehandlung im Frühstadium der Syphilis die Gefahr späterer Aortitis und nervöser Metalues vermehrt?** M. K. 1927. 7.

Unter Anführung und Würdigung der bisher vorliegenden Literatur kommt Verf. zum Schluß, daß eine Vermehrung obiger Leiden, soweit sie vorliegen sollte, keinesfalls der bisherigen Salvarsanmedikation zur Last zu legen ist. Erst die nun anbrechenden Jahre können möglicherweise die strittige Frage klären, da nunmehr seit 1910, dem Anfangsjahr der Salvarsanära, die nötigen Jahre erreicht sind, die für die Inkubationszeit obiger Leiden nötig sind. Wenn nach der allmählichen Intensivierung der Quecksilberkuren sich obige Leiden auch vermehrt haben mögen, so darf man die gleichen Folgen nicht auf Salvarsan übertragen, da der Heilmechanismus von Hg und Salvarsan doch ein grundverschiedener ist. Auch eine Verkürzung der Inkubationszeit der Tabes und Paralyse ist nicht erwiesen, da die ganz großen Zahlenstatistiken dafür noch fehlen. Zweifellos aber hat die jetzige energische Salvarsanbehandlung die Ansteckungsmöglichkeiten so stark vermindert in allen Kulturländern, daß um dieses sehr großen Vorteils willen kein Grund besteht, hier abzublasen, auch wenn die Gefahr späterer Schädigungen in einzelnen gegen das Gros verschwindenden Fällen bestehen sollte. *Siegfried*-Aachen.

Langer: **Hat die moderne Luesbehandlung Beziehungen zur Zunahme der Aortitis und nervösen Melalues?** M. K. 1927. 22.

Verf. wendet sich gegen die Art der *Bruhns*schen Statistik, aus der *Bruhns* beweisen will, daß durch unsere forcierte Salvarsanbehandlung keinesfalls eine Zunahme obiger metaluetischer Leiden verursacht werde. Man dürfe nicht die Aortitisfälle z. B. in ihrer Gesamtheit auf die Zahl aller Obduktionen beziehen, da dann durch Grippeepidemientodesfälle

Digitized by Google

z. B. ein zu geringer Prozentsatz zufälliger metaluetischer Erkrankungen herauskäme, sondern man müsse die Aortitiden nur in Korrelation setzen zu der Zahl der Obduktionen mit luetischen Stigmatizis, dann kämen wesentlich höhere Zahlen von Metalues heraus, die der Salvarsanbehandlung zur Last zu legen seien, z. B. seien die Aortitiden von 33,3 % im Jahre 1906/07 auf 71,70 % im Jahre 1923, 74,13 % im Jahre 1924 und 83,87 % im Jahre 1925 dann angewachsen. Da weiter Frauen notorisch bei Syphilis sich weniger behandeln ließen als Männer, oft überhaupt nichts von ihrer Erkrankung wüßten, so sei es auffallend, daß 472 Männern mit Aortitis nur 249 Frauen gegenüberständen, dasselbe soll von einer Statistik bezüglich Metalues gelten. Auch bei Völkern, die bislang trotz weitverbreiteter Lues mit den „Salvarsansegnungen unserer Kultur" verschont blieben, soll die Aortitis und Metalues seit der neueren Salvarsanära wesentlich zugenommen haben, und zwar früher in den Städten als auf dem Lande, weil die Städter zuerst und reichlicher mit Salvarsan sich behandeln zu lassen Gelegenheit haben. Die Lues hat ja schon häufiger ihr Gesicht gewechselt; zweifellos läuft sie heute schneller als noch vor Jahrzehnten, als es noch kein Salvarsan gab. Aber auch nach der forcierten Hg-Behandlung im vorigen Jahrhundert änderte sie ihr Aussehen, vielleicht liegen demnach sonstige, noch unbekannte epidemiologische Gesetze vor. Keinesfalls möchte Verf. nun entgegen *Bruhns* die natürlichen Immunisierungsvorgänge des Körpers stören durch zu frühe forcierte Salvarsanbehandlung, die vielleicht (konform mit *Bruhns*) in der frühesten seronegativen Phase zur Heilung führen mag; er plädiert im Gegenteil dafür (weil man aus gesellschaftlichen Gründen das Exanthem wohl nicht abwarten kann, was sicherlich das beste wäre), wenigstens im Frühstadium nur mit Hg oder Bi zu behandeln und somit den Körper in seinen immunisatorischen Bestrebungen nicht zu stören. *Siegfried*-Aachen.

Chesney, Alan M., and *Kemp, Jarold E.:* **The curability of syphilis. (Die Heilbarkeit der Syphilis.)** The Journ. of the Americ. Med. Ass. 1926. Bd. 88, 12.

Von einem frühsyphilitischen Patienten wurde intratestikuläre Lymphdrüsenvorimpfung auf Kaninchen vor und nach der Behandlung vorgenommen. Vor der Behandlung wurden lebende Spirochäten gefunden. Die am Ende der Kur und nach einer Beobachtungszeit von einem Jahr, währenddessen keine Behandlung stattgefunden hatte, vorgenommene Überimpfung verlief erfolglos. Auch bei zwei frühbehandelten Fällen von Lues, bei denen 3¾ bzw. 4 Jahre zwischen dem Ende der Behandlung und der Vornahme des Experimentes lagen, erhielt man bei der Verimpfung von Lymphdrüsen negative Ergebnisse. *Theißing*-Bonn.

Minsker: **Zur Frage der prophylaktischen Syphilistherapie.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 7.

In 7 Fällen, wo die syphilitischen Männer, trotz florider Erscheinungen, mit ihren Frauen weiter geschlechtlich verkehrten, gelang es Verf., durch prophylaktische Behandlung der letzteren mit 2—4,0 Neosalvarsan sie vor einer Ansteckung zu bewahren. Eine zweijährige Beobachtung und genaue serologische Untersuchung derselben ergab nicht die geringsten Zeichen von Syphilis. Aus diesem Grunde sieht Verf. eine prophylaktische Neosalvarsanbehandlung für hoffnungsvoll an. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Berson: **Zur Behandlung der resistenten Syphilisfälle.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 8.

Verf. erkennt keine absolut resistenten Syphilisfälle an, da es immer durch Wechsel der spezifischen Behandlung, unter Umständen unter Hervorziehung der nichtspezifischen Reiztherapie, als unterstützendes Mittel, zum Ziele zu kommen, gelingt. *A. Jordan.*

Nalbandow: **Frühsyphilis und ihre physikalische Behandlung.** Acta medica. Beilage zur Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 14/15.

Angeregt durch die Arbeiten von *Schindler* und *Heß*, tritt Verf. mit Energie für eine Behandlung nicht nur der syphilitischen Späterscheinungen, sondern schon zu Beginn der Syphilis, in Kombination der spezifischen, mit physikalischen Mitteln ein, unter letzteren stellt er die Schwefel- und Schlammbäder obenan. Ein jeder Syphilitiker müßte bereits im ersten Jahr seiner Erkrankung eine spezifische Kur in einem Kurort durchmachen. *A. Jordan.*

Kogan-Jassnij: **Zur Diagnose und Therapie der viszeralen Syphilis.** Wtsrachebnoje Gareta. 1927. Nr. 11/12.

Verf., Privatdozent und Internist in Charkow, hat im Laufe von 2 Jahren 57 verschiedene Fälle von viszeraler Lues feststellen können, darunter je 13 der Leber bzw. des Gefäßsystems, 10 des Magens, je 3 der Nieren, der Gelenke und des Zentralnervensystems, je 4 des Rückenmarks (T. d.) und der endokrinen Drüsen, 2 der Harnblase und endlich je einen der Speiseröhre und der Lungen. Er schiebt dieses häufige Vorkommen weniger auf eine verfeinerte Diagnose, als auf die für das Auftreten der viszeralen Lues günstigeren Bedingungen durch die Kriegsjahre und die dadurch bedingte schlechtere Behandlung. Die Behandlung dieser Fälle muß streng individualisierend, gemeinsam vom Syphilidologen und Internisten ausgeübt werden, womöglich im Krankenhaus und gleichzeitig eine allgemeine und eine lokale sein. *A. Jordan.*

Saalfeld: **Zur Syphilisbehandlung.** M. K. 1927. 16.

Da in letzter Zeit anscheinend Lues wieder zunimmt, ist frühzeitiges Erkennen von erhöhtem Wert. Dabei werden von Kollegen noch immer manche Fehler gemacht, auf die Verf. kurz hinweist. Durch Blutuntersuchung allein kann innerhalb der ersten 5—6 Wochen Luesdiagnose mit Sicherheit nicht gestellt werden. Diagnosenstellung bei frischer Lues ohne Spirochätennachweis gibt es nicht, ebensowenig abwartende Behandlung. Jede örtliche Behandlung ohne voraufgegangene Spirochätenuntersuchung ist abzulehnen. Vorherige Antiseptika erschweren Spirochätennachweis. In solchen Fällen nur Kochsalzumschläge. Auch Salvarsananwendung erschwert Spirochätenuntersuchung. Wa.R. aber soll in früheren Stadien gemacht werden, natürlich nur zur Entscheidung, ob seronegativer oder -positiver Primäreffekt, wegen entsprechender besserer oder schlechterer Heilchancen. *Siegfried*-Aachen.

C. Noeggerath: **Grundlagen zur gemeinsamen Bekämpfung der Familiensyphilis durch den Frauen- und Kinderarzt.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 10.

Eingehendes Übersichtsreferat über die Bedeutung der Lues congenita, die elterliche Prophylaxe und die Prophylaxe der Kinder selbst, sowie

Digitized by Google

über Therapie der angeborenen Syphilis. Einzelheiten sind im Original selbst nachzulesen. *Weinstock*-Charlottenburg.

A. Poehlmann: **Früh- oder Spätbehandlung der Syphilis?** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 8.

Der Verf. konnte an einem Material von 96 Fällen seronegativer Primärsyphilis, darunter 10 Fällen mit positiver Schwankung, die abortiv oder frühbehandelt worden waren, 100% Heilung feststellen, d. h. klinische und serologische Rezidivfreiheit über ein Jahr hinaus. Auf Grund dieser Beobachtungen setzt sich der Autor warm für die Beibehaltung der Frühbehandlung der Lues ein. *Weinstock*-Charlottenburg.

Glynn, Roberts u. *Bigland:* **The effect of treatment on the Wassermann reactions of syphilitic patients. (Die Wirkung der Behandlung auf die Wa.R. syphilitischer Kranker.)** Medical Research Council. Special report series. Nr. 107.

Verff. haben nach den vorläufigen Vorschlägen der „Staatlichen Spezialkommission von 1918 zur Festlegung der zurzeit besten Behandlungsmethoden der Syphilis" in ihrer Königlichen Krankenhausklinik Nr. 4 verfahren und geben nun ihre Eindrücke bekannt. In Betracht kommen 711 Kranke des Zeitraumes 1918—1923. Demnach muß die Syphilis sofort und sehr energisch durchbehandelt werden. Anfängliche seronegative Lues mit Hg allein zu behandeln, wäre falsch. Graues Öl oder innerliche Hg-Tabletten vermehren die Wassermannrezidive, während beide die klinischen Erscheinungen sehr schnell zum Schwinden bringen. Hg verringert zu leicht die natürliche Immunität, ohne alle versteckten Spirochäten zu erreichen. Salvarsan verhindert weit besser als Hg die Wassermannrezidive und heilt demnach auch sicherer durch Vernichtung der letzten Spirochäten. Wieweit Hg seropositive Lues beeinflußt oder latente, steht in der Arbeit nicht zur Debatte. Die 95 Seiten lange Arbeit bringt die genaue angewandte Technik der verschiedenen Behandlungsmethoden, der Art der Serumuntersuchungen usw., auch viele instruktive Tabellen. *Siegfried*-Aachen.

Krulle: **Ist es besser, wenn positive Seroreaktion bei der antisyphilitischen Behandlung rasch oder langsam negativ wird?** M. K. 1926. 50.

Positive Wa.R. braucht kein Grund zu weiterer spezifischer Behandlung mehr zu sein, wenn frühere Lues ausreichend behandelt wurde und Krankheitszeichen seit langem fehlen, denn wenn positive Wa.R. Ausdruck bestehender Antikörperwirkung ist, was neuerdings wieder angenommen wird, dann besteht kein Grund, den Selbstheilungsvorgang vorzeitig zu beeinflussen. Tritt aber nach Provokation positive Wa.R. auf, dann ist das als Zeichen dafür zu werten, daß noch Spirochäten vorhanden sind. Dann Bi zur Anregung der Antikörperbildung. Um aber letztere Wirkung voll auszunutzen, ist es wünschenswert, daß die positive Seroreaktion nur langsam negativ werde. Beruht die positive Wa.R. aber (also in frischen Fällen) auf Spirochätenwirkung, dann ist schnelles Negativwerden der positiven Wa.R. erstrebenswert. Also bei seronegativer Primärlues Salvarsan als Spirochätenvernichter, bei positiven Schwankungen daneben Bi als Antikörperanreger. Bei seropositiver oder positiv gewesener Lues heilt Bi allein höchstwahrscheinlich besser als Salvarsan. Bei maligner, also wo Antikörperbildung versagt, Salvarsan und Bi zur Vernichtung

Digitized by Google

von Spirochäten und zur Antikörperanregung. Bei Nervenlues ist Bi wichtiger als Salvarsan, da es ins Nervengewege eindringt, was bei Salvarsan nicht sicher ist. *Siegfried*-Aachen.

Marie Fischer-Ascher: **Luesbehandlung und tabische Sehnervenatrophie.** M. K. 1926. 52.

Verf. kommt auf Grund eines Materials von 128 Tabeskranken zu folgenden Schlüssen: Die meisten gut sehenden Augen gehören der Gruppe an (24), die von einer Infektion nichts weiß, demnach auch meistens nicht antiluetisch behandelt wurde. Diesen Anamnesen legt Verf. aber keinen großen Wert bei. Relativ sehr viel schlecht sehende Augen gehören zu der Gruppe (54), die in großen Zwischenräumen ungenügend behandelt wurde. Solche Behandlung ist demnach wertlos. Die schlechtesten Sehschärfen aber gehören der Gruppe an (50), die erst beim Auftreten der Sehnervenatrophie in erste Behandlung kam. Weiter ist wichtig, daß bei, wenn auch ungenügend und periodisch, Behandelten die Sehnervenstörung zwischen 5—10 Jahren post infectionem eintrat, während bei denen, die nur einmal nach der Ansteckung Salvarsankur bekamen, doppelt soviel, aber erst nach mehr als 10 Jahren erkrankten. Also auch hier wie bei Tabes und Paralyse Inkubationszeit kürzer als bei unbehandelten Luetikern. Demnach kann nur eine ausgiebige und lang fortgesetzte Behandlung, wenn überhaupt, später vor Schaden bewahren. *Siegfried*-Aachen.

Stokes: **The interpretation and management of latency in Syphilis. (Erläuterung und Behandlung der latenten Syphilis.)** The B. j. o. ven. dis. 1926. 8.

Latente Syphilis bedeutet keinesfalls einen Zustand der Untätigkeit oder Ruhe, im Gegenteil gehen in diesem Zustand zahlreiche mikroskopische Veränderungen an zahlreichen Stellen schleichend vor sich, die sich in einem Ersatz wertvollen parenchymatischen Gewebes über die Fibrosis in Narbengewebe manifestiert. Dabei brechen von Zeit zu Zeit Spirochäten in die Blutbahn und äußern sich als vorübergehende Anämien, Gewichtsverlust usw. und auch mal als Geburt eines syphilitischen Kindes zwischen sonst völlig gesunden. Der latent Luetiker „lebt von seinem parenchymatischen Kapital". Wenn nun positiver Wassermann bei Fehlen sonstiger klinischer Symptome als Kriterium für Latenz gilt, dann ist er als Immunisierungsmaßnahme des Organismus bei jener Gruppe Syphilitischer anzusehen, deren Eingeweide, Knochen und Haut befallen sind. Diese aber schützen das Nervensystem vor Schaden. Andererseits aber gibt es ja auch Wa.-negative Fälle, die zu bösen Nervenkrankheiten führen. Man kann aber annehmen, daß bei weiterer Verfeinerung der Serumtechnik auch hier noch viele negative Kranke sich als positiv erweisen würden. Somit lehnt Verf. den Ausfall der Wa.R. für die Definition der Latenz ab. Nur genaue klinische Untersuchung möglichst aller Organe in ewiger Wiederholung kann vor Schaden vielleicht schützen bei negativem Wassermann. Nie und nimmer darf Liquoruntersuchung als zur Zeit sicherstes Kriterium vernachlässigt werden. Dann kommt Verf. weiter kapitelweise auf die einzelnen Möglichkeiten zu sprechen, des verschiedenen Verhaltens der Lues und ihrer Beziehungen zum Ergebnis der Wa.R. und des Liquors, und gibt für jede einzelne Möglichkeit die Art des Behandlungsverfahrens, wie er es übt, an. Dabei ist der Hauptwert nicht so sehr auf Erzwingung

Digitized by Google

einer negativen Wa.R. zu legen als auf die Kontrolle des Krankheitselementes mit geringstem Widerstand. In jedem Falle aber soll Behandlung, wenn einmal begonnen, mit aller Energie und möglichster Stärke durchgeführt werden. Einzelheiten der sehr anregenden Arbeit sind nachzulesen, da Fülle zu groß. *Siegfried*-Aachen.

Hoffmann: **The routine treatment of Gonorrhoea and Syphilis. (Die gebräuchliche Behandlung der Gonorrhöe und Syphilis.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 7.

Gibt in kurzer, prägnanter Übersicht das Behandlungsverfahren der Bonner Universitätsklinik wieder, wie es dem Leser der Dermatologischen Zeitschrift schon aus dieser bekannt sein dürfte. *Siegfried*-Aachen.

Kurt Friedländer: **Die Erfahrungen mit Tetrophan bei einer Reihe von Nervenkrankheiten.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 10.

Das Hauptindikationsgebiet des Tetrophans ist die Tabes dorsalis, vor allem die Fälle mit Muskelhypotonie und ataktischen Gangstörungen. Auch eine Schärfung der Sensibilität und Steigerung der Reflexerregbarkeit wird durch Tetrophan erreicht. Kontraindiziert ist es vor allem bei Fällen mit gesteigerter Erregbarkeit, sowie bei tabischen Krisen, ebenso bei sehr hohem Blutdruck, da oft eine Blutdrucksteigerung zu beobachten ist. Die Dosierung ist zunächst zweimal täglich eine halbe Tablette, dann langsamer Anstieg auf zweimal, höchstens dreimal täglich eine Tablette. *Weinstock*-Charlottenburg.

Ishewski: **Zur Behandlung der Syphilis mit intravenösen Einspritzungen eines Hg-, J- und S-Gemisches.** Klinitscheskaja Medicina. 1927. Bd. 5. Nr. 4.

Verf. hat 640 Kranke mit dem von *Szily-Haller* durch Zufügung von NaJ modifizierten Linserverfahren (Hg, J und Salvarsan) behandelt. Abgesehen von kongestiven Krisen, Urtikaria, auch Petechien, Temperaturerhöhung, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erscheinungen, welche aber vorübergingen, hat Verf. keine schlimmen Nebenerscheinungen beobachtet, dennoch ist er zu einem begeisterten Anhänger dieser Methode geworden, da er sie in vorsichtiger Weise nur in einigen Fällen als nützlich ansieht. *A. Jordan.*

Djakow: **Die Kakaobutter als Vehikel für unlösliche Hg-Präparate.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Verf. empfiehlt, das Hg salicyl. in folgender Weise zu Einspritzungen bei Syphilis zu verschreiben: Hg. salicylic 2,0—4,0, Ol. vaselini 5,0, Butyr. Cacao 15,0. Die Einspritzungen werden viel leichter als ohne diesen Zusatz vertragen. Ebenso kann die Kakaobutter auch zur Kolomallösung zugesetzt werden. Vor der Einspritzung empfiehlt sich eine leichte Erwärmung. *A. Jordan.*

J. Springmann-Berlin: **Erfahrungen mit der Quecksilberinhalationsbehandlung der Syphilis nach Spuhl.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 6 und 7.

Die Methode, durch Inhalation das Quecksilber dem Körper einzuverleiben, ist uralt; auf ihr beruht auch in der Hauptsache die Wirkung der Schmierkur. Sie scheiterte in der Neuzeit wegen der ganz unsicheren Dosierung. Diesem Mangel schafft der Apparat von *Spuhl* Abhilfe, bei dem Tabletten von einer bestimmten Zusammensetzung vollständig zur Ver-

Digitized by Google

dampfung gebracht werden. Als erforderlich zu einer Kur werden etwa 50 Tabletten gehalten. Es wurden 100 Fälle der verschiedensten Stadien der Lues teils allein mit Inhalationen, teils kombiniert mit Salvarsan behandelt. Alle sichtbaren Symptome der Haut und Schleimhaut wurden bis auf papulöse Effloreszenzen mit der Inhalation allein ganz gut beeinflußt. In 6% der Fälle traten nach Beendigung der Kur Rezidive auf. Bei Kombination mit Salvarsan waren die Erfolge besser. Die Wa.-R. wurde nur in 42% der Fälle von Lues II und in 25% der Fälle von Lues III negativ. Die Art der Behandlung mit dem *Spuhl*schen Apparat ist sehr angenehm, läßt sich leicht unterbrechen, ist aber im ganzen nur als sehr milde zu betrachten. Kontraindiziert ist sie bei Lungentuberkulose und ernsteren Störungen des Magendarmkanals. *Krüger*-Sagan.

L. Stein-Beckerek: **Schwere Nekrose nach $HgCl_2$-Injektion.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 20.

Bei einem Pat., der wegen einer Lues die zweite Kur machte und mit intramuskulären 2%igen Sublimatinjektionen behandelt wurde, trat bei der 7. Injektion bereits beim Einstechen der Kanüle in die Glutäen ein sehr intensiver Schmerz auf, der sich bei der Einspritzung selbst noch steigerte und schließlich zu einer Ohnmacht führte. Im weiteren Verlauf kam es zu einer sehr schmerzhaften, blauroten Infiltration in der Gesäßpartie, die allmählich völlig nekrotisierte. Chirurgisch wurde die ganze Partie ausgeschnitten, und die Wunde heilte per granulationem. Erfolgt ist diese Nekrose wahrscheinlich dadurch, daß die Injektion in oder in die nähere Umgebung eines sensorischen Nervenastes erfolgte. Infolge einer Trophoneurose kam es dann zu der Nekrose der ganzen Partie.

Krüger-Sagan.

Sieben: **Neue Wege zur Behandlung der Metallvergiftungen.** M. K. 1927. 22.

Verf. sah nach Novasurolinjektionen gegen Hydrops in 2 Fällen hartnäckige Hg. — Dermatitiden, die er schnell nach 24 Stunden schon durch eine Injektion von Kalzium-Gummilösung zur Besserung und später zur Heilung brachte (10 ccm wässeriger Lösung von 1 g Chlorkalzium und 0,3 g Gummi arabicum). Ebenso sollen Salvarsandermatitiden auf das gleiche Verfahren prompt ansprechen. Kalzium ohne Gummi ist aber nutzlos. Demnach bildet Gummi nach Verf. die Gleitschiene für den Angriff des Kalziums auf die wohl gleichfalls an Zellkolloide gebundenen Metallgifte. Auch bei Bleivergiftungen solle man das Mittel anwenden. Natriumthiosulfat hat Verf. nicht angewandt, weil es ihm zu zersetzlich erscheint, auch dann, wenn es in Ampullen eingeschmolzen ist.

Siegfried-Aachen.

Ossipijantz: **Über intravenöse NaJ- und KJ-Injektionen.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

Verf. berichtet über gute Resultate nach zweimal wöchentlicher, intravenöser Injektion von 8—10 ccm einer 25%igen Lösung NaJ bzw. KJ. Schnelle Wirkung. Fehlen von unangenehmen Nebenerscheinungen.

A. Jordan.

Torssnew: **Die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Jodnatriuminjektionen.**

Digitized by Google

J. Lewin: **Zur Frage der intravenösen Jodkaliinjektionen bei gummöser Syphilis.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 1.

Ersterer Autor hat in 89 Fällen von gummöser Syphilis durch intravenöse Injektionen einer 5—15%igen JNa-Lösung bei allmählicher Steigerung des eingeführten NaJ von 2—5, ja sogar 10,0, über einen Tag, ohne Zufälle, sehr gute Resultate erzielt.

Letzterer Autor erreichte dasselbe durch eine Jodkalilösung in 6 Fällen, während im 7. Fall sofort nach der Injektion von bloß 1,6 KJ der Tod eintrat. Bei der Sektion erwies sich eine persistierende Thymus.

A. Jordan.

H. Goodman: **Jod bei der Behandlung der Syphilis.** The Urol. a. Cutan. Review. 1926. Bd. 30. Nr. 7. S. 398.

Die Indikation gibt nicht nur das gummöse Stadium, es soll auch bei bleibender Induration des primären und sekundären Stadiums gegeben werden. Das Jod hat die Funktion, das zur Abwehr entstandene Gewebe niederzubrechen, um so den Medikamenten die Möglichkeit zu geben, die Spirochäten anzugreifen. *August Simon*-Bonn.

K. Holm-Hamburg: **Über Vergiftungen mit Jod und seinen Verbindungen.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 49 und 50.

Fast alle Jodverbindungen können Vergiftungserscheinungen hervorrufen, am stärksten giftig wirken das freie Jod, die Jodate und die Jodschilddrüsenverbindungen. Das Jod wird aus den üblichen Verbindungen im Körper freigemacht durch die Kohlensäure des Gewebes und die Nitrite. Der Wechsel derselben im Organismus erklärt die verschiedene Toleranz desselben Individuums zu verschiedenen Zeiten. Das Jod ist wahrscheinlich ein Zellgift, welches vorwiegend an höher differenzierten Zellen degenerative Veränderungen hervorruft, besonders empfindlich ist die Schilddrüse. Es entwickelt sich leicht ein Jod-Basedow mit allen übrigen klinischen Veränderungen des allgemeinen Stoffwechsels. *Krüger*-Sagan.

Manteufel, Richter und *Worms:* **Beiträge zur experimentellen Syphilisforschung. Das Syphilisheilserum von Dr. Quéry (Paris).** D. m. W. 1927. Nr. 11.

Auch diese Autoren kommen nach ihren Untersuchungen zur Ablehnung der Behauptung *Quérys* und seiner Anhänger, daß sein Serum ein Heilserum für Syphilis sei. Es verhält sich im Therapieversuch bei experimenteller Kaninchensyphilis nicht anders als normales Pferdeserum. Es konnte weder im Früh- noch im Spätstadium der Erkrankung eine Begünstigung oder Beschleunigung des normalen Infektions- oder Heilungsverlaufes festgestellt werden. Das Verhalten der Seroreaktionen war kein anderes als bei unbehandelten Tieren, welche bekanntlich in der gleichen Weise eine negative Seroreaktion bekommen. Ebensowenig läßt sich durch die Serumbehandlung der normalerweise erfolgende Übergang der manifesten Infektion in ein latentes Stadium der Drüseninfektion verhindern.

O. Dittrich-Kiel.

Kaufmann u. *Schaaf:* **Antimonbehandlung der Tabes.** D. m. W. 1927. Nr. 15.

Als Antimonpräparat wurde das Antimosan, eine Brenzkatechinverbindung, und zwar ein Komplexsalz des dreiwertigen Antimons, benutzt,

Digitized by Google

da es sich bei verschiedenen Tropenkrankheiten und bei multipler Sklerose bereits bewährt hatte. Es wurden in einer Dosierung von 3—8 ccm etwa 8 Injektionen intravenös, die restierenden 4, d. h. jede 3. Spritze, intramuskulär gegeben. Eine Kur umfaßt mit Intervallen von 2—4 Tagen zwischen den einzelnen Injektionen 10—16 Einspritzungen von insgesamt 50—80 ccm Antimosan. Außer den üblichen hin und wieder auftretenden Injektionssensationen wurden nie unangenehme Erscheinungen beobachtet. Was die Erfolge anlangt, so waren die Injektionen bei 10 Tertiärsyphilitikern klinisch und serologisch unwirksam, von 13 Tabikern wurden 8 beträchtlich, 4 mäßig gebessert (ein Fall spontan gebessert?). Eine Beeinflussung des Blutes und des Liquors wurde nicht mit Regelmäßigkeit festgestellt. Die Besserung bezog sich hauptsächlich auf Krisen und Ataxien. Weitere Nachprüfungen sind erforderlich. Immerhin hat sich bisher gezeigt, daß die Wirkung des Antimosan nachhaltiger ist als die des Tetrophan.

O. Dittrich-Kiel.

Golosowker u. *Klebanow:* **Zur Behandlung der Syphilis mit den russischen Wismutpräparaten.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 3.

Von den russischen Wismutpräparaten enthält das Bismoverol 65 bis 67 %, das Bismutogvi 40 % und das Bijochinol 20 % metallisches Wismut. Aus diesem Grunde werden die beiden ersten Präparate nur von kräftigen Personen, das Bijochinol von allen und besonders von Kindern gut vertragen. Die russischen Präparate stehen den ausländischen nichts nach.

A. Jordan.

Critchley: **Bismuth Polyneuritis.** The B. j. o. v. dis. 1926. 5.

38jährige Dame mit kompleter Ptosis r. bekommt 4 Wochen nach Bi zunehmende Muskelschmerzen, schließlich über alle Extremitäten. Weiter Abnahme der Muskelkraft. Muskel schlapp und spannungslos. Ausfall der Muskelreflexe. Kniereflex bleibt. Kein Bismutsaum im Munde. Da hier kranke Nieren vorlagen, sind diese wohl als Ursache der Polyneuritis anzusehen.

Siegfried-Aachen.

Fischbein: **Beobachtungen über die Wirkung des Bismutogvi (Bismatum bitartaricum) allein oder in Verbindung mit NS. auf die Syphilis.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Von den zwei russischen Wismutpräparaten (Bijochinol und Bismutogvi) hat sich Verf. mit dem weniger gebräuchlichen, weinsauren Präparat, dem Bismutogvi, beschäftigt und lobt dieses für die Syphilisbehandlung.

A. Jordan.

Fritz Mras: **Weitere Erfahrungen mit der intravenösen Wismutbehandlung.** A. f. D. Bd. 149. S. 292.

Verf. schreibt dem Pallizid hohe therapeutische Wirksamkeit und gute Verträglichkeit zu.

Hopf-Jena.

Komaya, Ginji: **Über eine histochemische Nachweismethode der Resorption, Verteilung und Ausscheidung des Wismuts in den Organen.** A. f. D. Bd. 149. S. 278.

Der Bi-Nachweis mit dem *Leger*schen Reagens ist zu einer histologischen Methode umgestaltet, die schönere, wenn auch nicht so haltbare Resultate gibt wie die ebenfalls angewandte Einwirkung von H_2S auf die Schnitte.

Hopf-Jena.

Digitized by Google

L. Dietrich-Budapest: **Therapeutische Versuche mit einem lipoidhaltigen Wismutpräparat.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Die Giftigkeit der Wismutverbindungen geht ihrer Lipoidlöslichkeit parallel. Die Wirkung kann gesteigert werden durch Beschleunigung der Resorption und durch eine gute Verteilung in den Geweben, andererseits durch Verhinderung der schnellen Ausscheidung durch den Urin. Es wurde gearbeitet mit Neobismosalvan, welches eine Verbindung des Jod-Chinin-Wismuts mit Lezithin darstellt. Die Erfolge auf die luetischen Erscheinungen der verschiedensten Stadien waren ausgezeichnet. Aus den Papeln verschwanden die Spirochäten meist nach 1—2 Injektionen, die äußeren Erscheinungen gingen ebenfalls gut zurück, und die Wa.R. war meist am Ende der Kur negativ. Gegeben wurden bei alleiniger Anwendung 16—20 Injektionen, zuerst zu 1 ccm, später zu 2 ccm jeden dritten Tag. Albuminurie wurde in keinem Fall beobachtet. *Krüger*-Sagan.

E. Bruner u. *S. Krakowska*-Warschau: **Die Einwirkung von Wismutverbindungen auf das hämatologische Bild während des Verlaufes der Syphilis.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Regelmäßige Untersuchungen des Blutbildes bei Pat. mit Lues vor und während der Wismutbehandlung mit verschiedenen polnischen Wismutpräparaten ergaben folgendes Resultat: Vor Beginn der Kur bestand meist eine stärkere Verminderung der Erythrozyten und des Hämoglobins. Bei Beginn der Behandlung verminderten sich zuerst noch die Werte, stiegen dann aber im Verlauf wieder auf die Ausgangszahlen oder erreichten sogar die Norm wieder. Der Anstieg zwischen Erythrozyten und Hämoglobin ging meist parallel. Bei den weißen Blutkörperchen wurde stets eine Steigerung uns gegen Ende der Behandlung ein Sinken zur Norm beobachtet. Bei den Neutrophilen wurden keine stärkeren Abweichungen beobachtet, dagegen stieg meist die Zahl der kleinen Lymphozyten an. Vielfach wurde auch eine leichte Eosinophilie beobachtet. *Krüger*-Sagan.

H. Schaeffer-Berlin: **Casbis.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Casbis ist ein Hydroxyl des Wismut und wird hergestellt von der Firma Leopold Cassella. Es wurde in 180 Fällen der verschiedensten Stadien von Lues angewandt und wurde im allgemeinen sehr gut vertragen. Die Schmerzen an der Injektionsstelle sind auffallend gering. Albuminurie wurde nicht beobachtet. Die Wirkung auf die Erscheinungen war in den meisten Fällen ausgezeichnet; es wurden durchschnittlich für eine Kur 20—22 ccm gegeben. Die Spirochäten verschwanden meist erst nach mehreren Injektionen, und die Erscheinungen bildeten sich sehr allmählich zurück. Die Wa.R. wurde ganz gut beeinflußt, wurde aber öfter erst nach Beendigung der Kur negativ. In 4 Fällen mit ausgedehnten Genitalpapeln gelang deren Rückbildung mit Casbis nicht, erst einige Salvarsaninjektionen brachten sie zum Verschwinden. Eine längere Beobachtungszeit ergab keine Rezidive. *Krüger*-Sagan.

Grshebin: **Vergleichende Bewertung verschiedener Wismutpräparate.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 5. (Russisch.)

Als Hauptaufgabe, welche der Verf. sich gestellt hat, ist anzugeben ein Vergleich der Wirkung der in SSSR. gebräuchlichsten Wismutpräparate, nämlich des Bismutogvi, Bijochinol, Bismoverol, Bismut. subgallicum,

Digitized by Google

Bismuth. salicyl. und Bismuthin. Nebenbei wurde auch das gangbarste, deutsche Wismutpräparat, das Bismogenol, in Betracht gezogen. Am höchsten stellt Verf. das Bijochinol und dasBismutogvi, welche den besten ausländischen Präparaten, darunter dem Bismogenol, nicht nachstehen.

A. Jordan.

Skljas: **Der praktische Wert des Präparates Bismogenol.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 2.

Die Anwendung des Bismogenol Tosse bei 33 Kranken in verschiedenen Stadien der Syphilis ergab, daß das Bismogenol ein vollwertiges spezifisches Mittel ist, und seine Anwendung ruft weder eine allgemeine Reaktion, noch Nebenerscheinungen hervor. (Diesem günstigen Urteil kann sich Referent vollkommen auf Grund der an der II. Moskauer Hautklinik mit dem Bismogenol angestellten Versuchen anschließen, wozu er noch die Handlichkeit des Präparates bei Einspritzung von bloß 1 ccm pro dosi hervorheben möchte. Anm.) *A. Jordan.*

Gitmann u. *Kenigsberg:* **Die Behandlung der kindlichen Syphilis mit russischen Wismutpräparaten.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 6.

Nach Ansicht der Verf. sind sowohl das Bismutogvi als das Bijochinol Präparate, welche weite Verbreitung in der kindlichen Praxis verdienen und nicht nur in den Fällen, welche sich dem Hg oder Salvarsan gegenüber refraktär erweisen, sondern überhaupt. Bei der Zartheit des kindlichen Organismus raten diese Autoren aber von kombinierten Kuren ab und empfehlen, mit den Salvarsan- und Wismutkuren abzuwechseln.

A. Jordan.

J. Vonkennel: **Wismutbehandlung zwischen den Fieberattacken der Impfmalaria auf Grund quantitativer Bi-Bestimmungen im Liquor.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 2.

Bei 8 Patientinnen wurden Bi-Bestimmungen des Liquors vor der Malariatherapie und nach der Malariatherapie vorgenommen. Nach Aufschließung mit HCl und Kaliumchlorat und Ausfällung des Bi als Bi_2S_3 wurde das letztere nach Überführung in das Wismut-Jodiddoppelsalz mit Hilfe von Jodkalium, das eine grünlichgelbe Farbe aufweist, quantitativ kolorimetrisch bestimmt.

Es ließ sich eine deutliche Steigerung des Bi im Liquor cerebrospinalis nach der Malariatherapie nachweisen. Auch während der Fieberattacken selbst zeigten die Meningen eine erhöhte Permeabilität für Bi, sowohl für lösliches (Embial) wie für unlösliches Bi (Bismogenol). Verf. empfiehlt daher mit Rücksicht auf die erhöhte Permeabilität der Meningen, während der Malariatherapie diese mit Bi-Injektionen zu kombinieren.

Weinstock-Charlottenburg.

I. Ragazzi: **Beitrag zum chemisch-physikalischen Studium des Mechanismus der Wismutwirkung bei der Behandlung der Syphilis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 838.

Unter Bezug auf die Versuche *Levaditis*, welche zeigten, daß gewisse Metalle, unter ihnen das Wismut, an und für sich keine spirillozide Kraft haben, sondern daß sie diese erst im Kontakt mit Eiweißsubstanzen erwerben und entsprechende Arbeiten der Scuola Farmaceutica del Benedicenti, hat *Ragazzi* in vitro die Schnelligkeit der Bildung eines Wismut-

Digitized by Google

proteins festzustellen versucht und dazu Muthanol und ein nicht radioaktives Wismutoxydhydrat verwandt. Die Versuche ergaben, daß das Muthanol viel deutlicher und schneller zur Bildung eines Wismutproteins führte als das gewöhnliche, nicht radioaktive Wismutoxydhydrat. Darum ist dem Muthanol eine größere antisyphilitische Wirkung zuzuschreiben.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

A. Pozzo: **Herxheimer-Reaktionen, spätere und unmittelbare Rezidive im Verlaufe der Wismutbehandlung.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 839.

Pozzo kommt in seiner Übersicht über seine Erfahrungen mit der Wismutbehandlung zu folgenden Schlüssen: Die Wirkung der Wismutsalze scheint im allgemeinen wirksam und schnell, aber nur vorübergehend zu sein; die Behandlung setzt die Patienten unmittelbaren und späten Rezidiven aus; bei unvollständig behandelten Fällen sind die *Herxheimer*-Reaktionen sehr lebhaft und treten schnell auf; bei einer Krankheit von so proteusartigem Charakter, wie es die Lues ist, kann man keinen therapeutischen Monomorphismus erwarten; dieselben Vorkommnisse treten auch nach der ausschließlichen Hg- und As-Behandlung auf.

Die Sensibilisierung des Lymphsystems für Rezidive und die Tatsache, daß die Wa.R. sehr langsam beeinflußt wird, lassen daran denken, daß das in den Kreislauf gebrachte Bi wohl die Spirochäten den von ihnen befallenen Stellen angreift, aber im Organismus keine humoralen und histiogenen Modifikationen hervorruft, wie die Produktion von Antikörpern an der Stelle der vernichteten Spirochäten.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

E. Kistjakowski: **Gangränöse Affektionen der Mundhöhle und der äußeren Geschlechtsteile nach Wismutbehandlung.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 5.

Gehören schon die unangenehmen Nebenerscheinungen durch das Wismut zu den seltenen Erscheinungen, so bezieht sich das noch mehr auf die gangränösen Mundaffektionen, von denen Verf. 2 Fälle beschreibt, einen 45jährigen Tabiker und ein 18jähriges Mädchen mit Erblues betreffend. In dem ersteren Fall kam es nach 13 Injektionen von Bi salicyl. und 9 intravenösen Bismutinjektionen zur Bildung von 3 Nekrosen in der Mundhöhle, von denen 2 verheilten, die 3. nicht, und dazu gesellte sich später ein weiteres Ulcus auf der Zunge, welches sich als Kankroid erwies, an dem Patient danach starb. Beim 18jährigen Mädchen entwickelten sich nach 3 Mesurolinjektionen gleichzeitig gangränöse Affektionen in der Mundhöhle wie an den äußeren Geschlechtsteilen, die aber vernarbten.

A. Jordan.

Piccardi: **Lokale Nebenerscheinung nach einer intramuskulären Wismutinjektion.** Sezione piemontese der ital. Ges. f. Dermatologie. Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1633.

Piccradi beobachtet nach einer intramuskulären Injektion von Spirobismol eine lokale arterielle Embolie, gekennzeichnet durch einen plötzlichen heftigen Schmerz an der Injektionsstelle, die schnelle Entwicklung einer Ekchymose und die Bildung einer Nekrose. Es handelt sich um schon früher beobachtete Nebenerscheinungen nach Injektion

Digitized by Google

von Quecksilbersalzen, deren Natur *Freudenthal* nach ähnlichen Beobachtungen nach Wismuteinspritzungen aufgeklärt hat.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

J. Munk-Kopenhagen: **Ein Fall von Wismutvergiftung mit tödlichem Ausgang bei antisyphilitischer Behandlung.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 11.

Ein Pat., der an einem tuberoserpiginösem Syphilid litt und bisher noch nicht spezifisch behandelt worden war, wurde einer Kur mit Neosalvarsan und Wismut unterzogen. Er erhielt dann noch mehrere Wismutkuren, im ganzen 5,13 g Wismut, meist in Form von schwer löslichen Salzen. Nach Abschluß der Behandlung stellte sich ein starker Ikterus ein, ebenfalls eine Stomatitis und Albuminurie. Unter allgemeiner Schwäche und Kräfteverfall kam es dann zum Exitus. Die Sektion ergab eine starke Stomatitis mit Ulzerationen und einem Bi-Saum an der Gingiva, eine schwere Nephrose, Kolitis, Leberzirrhose und Fettdegeneration der Leber. Die chemische Untersuchung von Organteilen ergab reichliches Vorhandensein von Wismut in ihnen. Der Fall ist also als eine Wismutintoxikation aufzufassen, die bedingt ist erstens durch die Verabfolgung einer relativ großen Menge von Wismut in schwerlöslichen Verbindungen, zweitens durch die vor der Kur bestehende Leberzirrhose, die eine normale Ausscheidung des Wismuts verhinderte. Es ist also vor forcierten Wismutkuren zu warnen. *Krüger*-Sagan.

A. Sternberg (Hautklinik Frankfurt): **Über eine Wismutschädigung der Haut.** A. f. D. Bd. 148. S. 28.

Während einer Gesamtkur von 3,5 ccm eines nicht im Handel befindlichen Bi-Präparates und 21,0 Casbis traten nach Injektion von 11 ccm Wismut ausgedehnte Herde von feinsten Hautblutungen zunächst an den Unterschenkeln, später an Oberschenkeln und Ellbogen und unter Fortführung der Wismutkur zwischen den Schulterblättern auf. Drei weitere, aber viel leichtere Fälle von punktförmigen Hautblutungen kamen bei kombinierten Kuren nach Casbis vor, teilweise mit Rückgang der Erscheinungen noch während der Weiteranwendung von Casbis. Der Schlußsatz erklärt etwas kühn, daß diese leichten, spontan verschwindenden Schädigungen „erneut beweisen, daß die Wismutpräparate nicht die Hoffnung erfüllen, die man in verfrühtem Optimismus an sie geknüpft hat . . .". *Sinn*-Aachen.

Löhe u. *Rosenfeld:* **Ein einfaches Symptom zur Erkennung der Wismut-Intoxikation bei der Syphilisbehandlung.** M. K. 1927. 34.

Man muß scharf unterscheiden zwischen 1. Wismutsaum des Zahnfleisches und 2. dem generalisierten Bismutsaum der Mundschleimhaut. Ersterer ist harmlos und auch durch peinliche Mundpflege nicht zu vermeiden, der generalisierte Wismutsaum aber ist fast immer begleitet von Albuminurie und Zylindrurie, ist also als Warnungssymptom anzusehen. Er zeigt sich in Wismutpigmentierungen der Mundschleimhaut mit Ausschluß des Zahnfleisches. Pigmentierungen sind bis stecknadelkopfgroße blaue bis braunschwarze Punkte an Zungenrändern und Papillae filiformes oder auch größere Flecke an Zungenunterseite. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Freund: **Erfahrungen mit Vanadium (Northoran) bei Syphilis.** Kl. W. 1926. Nr. 36. S. 1661.

Verf. stellt eine überaus günstige, in manchen Fällen überraschend prompte Wirkung der kombinierten Northoran-Spir.-Kur auf die sekundären und tertiären Symptome und auf einen Fall von P.A. fest.

Von 15 serologisch geprüften sekundären und tertiären Fällen einige Wochen nach dem Schluß der Behandlung reagierten 8 noch positiv, 7 negativ, während ein Fall von papulösem Exanthem nach 4 Wochen bereits Rezidive zeigte. *Hans Ritter*-Berlin.

Müller: **Über Behandlungserfolge der angeborenen Syphilis mit einer einzigen Kur.** M. Kl. 1927. 28.

Da die bisherige Behandlung syphilitischer Säuglinge, und nur diese bis zum 2. Lebensjahre kommen hier in Betracht, wegen der wiederholten Kuren bis zum Negativwerden an 19—20 Monate erfordert, was zugleich eine große Belastung der Kinderkrankenhäuser bedeutet, versuchte Verf. durch eine einzige, allerdings gegen das bisherige Verfahren verstärkte spezifische Kur die Behandlungszeit wesentlich abzukürzen, was ihm gemäß seinem bisherigen, allerdings nur kleinem Material gelungen zu sein scheint. Immerhin bittet er um Nachprüfung, wobei man sich aber möglichst an sein Schema halten solle. Kurverfahren: 12 intravenöse Neosalvarsan- und 12 Kalomelinjektionen, jede Woche je eine. Dosen: Neosalvarsan je 0,03—0,04 g und Kalomel 1—2 mg pro Kilogramm Gewicht. Schädigungen sollen dabei nicht vorgekommen sein, ebensowenig Rezidive. Serologisch negativer Erfolg von Dauer. Der Wendepunkt soll ¼ Jahr nach abgeschlossener Kur sein. Ist Wa.-R. dann negativ, soll sie es auch höchstwahrscheinlich bleiben. Von Bi will Verf. nichts wissen. Von 39 Kindern starben 11 an interkurrenten Krankheiten, 1 an Syphilis. 2 Kinder hatten Rückfälle. Alle anderen Kinder blieben günstig.

Siegfried-Aachen.

A. Crosti: **Beobachtungen und Untersuchungen über die orale Behandlung der Syphilis mit Derivaten der Amino-Oxyphenylarsinsäure.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 843.

Die Erfahrungen *Crostis* mit Stovarsol, Spirozid, vor allem mit Edojakol, Treparsol und Sygmargil gipfeln in folgenden Schlußsätzen: Die per os gegebenen Derivate der Amino-Oxyphenylarsinsäure, sowohl die Azetyl- wie die Formylderivate üben, per os gegeben, eine gute antisyphilitische Wirkung aus. Ihre therapeutische Wirkung läßt sich nicht mit der der intravenös gegebenen Arsenobenzole vergleichen; doch ist manchmal ihre Einwirkung auf die klinischen Erscheinungen so rasch, daß man eine ähnliche chemotherapeutische Wirkung wie den Arsenobenzolen ihnen zuschreiben kann.

Zur Erzielung klinischer Dauerheilungen ist eine fraktionierte methodische Verabreichung von wenigstens 2—3 Monaten erforderlich, um dadurch zu hohen Dosen (40—50 g und mehr) zu kommen. Nur diese prolongierten und intensiven Kuren wirken unzweifelhaft auf die serologischen Befunde der Syphilitiker; positive Serumreaktionen können auch durch einen Behandlungszyklus negativ werden. Die Verabreichung so hoher Dosen ist abhängig von einer großen Toleranz, welche die Patienten im allgemeinen gegen diese Verbindungen zeigen und von der Schnellig-

Digitized by Google

keit, mit der diese aus dem Organismus eliminiert werden. Der Rhythmus der Elimination durch den Urin ist sowohl nach einzelnen Dosen, wie im Verlaufe einer Kurperiode, so schnell, daß man annehmen kann, daß in 2—3 Tagen der größte Teil des eingeführten Arsens ausgeschieden ist. Auch nur zwei Tage des Aussetzens der Behandlung sind genügend, um eine gefährliche Anhäufung von Arsen zu verhindern.

Es ist aber nicht zu vergessen, daß man mit diesen oralen Kuren immer eine sehr hohe Arsenmenge zuführt und daß Intoleranz- und Intoxikationserscheinungen auftreten können. Diese meist leichten und vorübergehenden Erscheinungen treten besonders in den ersten Behandlungswochen auf und scheinen weniger zu der eingeführten Dosis, als zu einer Empfindlichkeit des Individuums gegen das Mittel in Beziehung zu stehen. Eine besondere Überwachung des Patienten ist also bei Beginn der Kur ratsam; diese Überwachung ist im weiteren Verlaufe der Kur fortzusetzen.

Da die Toleranz gegen diese Präparate auch bei Individuen mit graziler und geschwächter Konstitution, bei denen diese Mittel sogar einen bemerkenswerten tonisierenden Einfluß ausüben können, eine große ist, so kann man deutliche Kontraindikationen gegen ihre Verabreichung nicht aufstellen; besonders Vorsicht ist notwendig bei Kranken mit verminderter Funktion der Ausscheidungswege und solchen, bei denen schon vorher eine Intoleranz gegen Arsen festgestellt wurde.

Die orale Behandlung mit den Phenylarsinpräparaten hat für die verschiedenen klinischen Formen der Syphilis keine speziellen Indikationen; auf den größten Teil derselben üben sie eine energische Wirkung aus; sie scheint aber dort nicht indiziert, wo eine schnelle sterilisierende Behandlung erforderlich ist. Sie stellt aber ein wertvolles therapeutisches Unterstützungsmittel dar, wenn andere Applikationen nicht zur Anwendung kommen können. Man muß zugeben, daß durch diese Mittel die orale Behandlung der Syphilis eine Wirksamkeit erreicht hat, die man mit anderen Medikamenten nicht erreichen konnte und die zweifelsohne der gleicht, welche man mit anderen Präparaten auf parenteralem Wege erreichen kann. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

F. Hutter: **Über die Behandlung der Plaut-Vincentschen Angina und anderer Spirillosen der Mundhöhle mit Spirozid.** Wien. klin. Woch. 1927. Nr. 6.

Das Spirozid stellt ein Mittel dar, das sich in mehreren Fällen von hartnäckiger Angina vom Typus Plaut-Vincent sehr gut bewährt hat. Meist ließ man die Tabletten (4—5 pro Tag) langsam im Munde zergehen, oder außerdem wurde noch ein Spirozidbrei für einige Zeit auf die Ulzeration aufgedrückt. Da es sich auch bei einer starken Gingivitis gut bewährt hat, wäre es bei anderen Spirochätenerkrankungen der Mundhöhle zu versuchen. *Krüger*-Sagan.

J. Perkel: **Versuch der Behandlung der Syphilis mit Stovarsolan.** Russkij Westnik Dermatologii 1926. Nr. 10.

Das russische Stovarsol, genannt Stovarsolan, bei innerlicher Anwendung von täglich 0,5—1,0 und in der Gesamtmenge von 10,0—37,0 steht dem Neosalvarsan, insbesondere bei der tertiären Syphilis, therapeutisch kaum nach, wurde aber in 85% der Fälle von mehr oder weniger unangenehmen Nebenerscheinungen begleitet. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Gimplinger: **Erfahrungen mit Spirozid in der Oto-Laryngo-Rhinologie.** M. K. 1926. 52.

Verf. hat bei 14 Patienten mit Pharynxgeschwüren, Nasengummen, Verlust von Riech- und Hörvermögen nach *Oppenheims* Vorschrift, also mit periodischen dreitägigen Unterbrechungen usw. im ganzen bis zu 60 Tabletten gegeben. Einmal Fieber, einmalig masernartiges Exanthem. Sehr rasche Erfolge objektiv und subjektiv, vor allem bedeutende Gewichtszunahme. Auch serologisch recht zufriedenstellende Resultate. 8 der 14 Kranken wurden nach einer resp. zwei Kuren seronegativ. Der Rest entzog sich Nachkontrolle. Verf. zeigt sich begeistert über seine Erfolge und spricht von ungeheuren Vorteilen gerade für die einschlägige Praxis.

Siegfried-Aachen.

Gollossowka u. *Mirkin:* **Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Stovarsol und Wismuth.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 7.

Durch histopathologische Untersuchungen von syphilitischen, teils mit Stovarsol, teils mit Wismuthpräp. (Bijochinol u. Bismutogri) behandelten Kranken, wobei sie insgesamt 40—60 g Stovarsol, bzw. 0,6 bis 1,2 Bismutmetall gaben, konnten die Verf. nachweisen, daß das Plasmom weder bei dem einen noch dem andern Präparat gleichzeitig mit den klinischen Erscheinungen schwindet, aber daß dieses beim Wismuth noch langsamer vor sich geht als beim Stovarsol. *A. Jordan.*

A. Kritschewski und *Sorikson:* **Ein Beitrag zur Frage der Syphilisbehandlung mit Stovarsol (Stowarsolan).** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 7.

Das Stowarsolan ist ein energisches, antisyphilitisches Mittel, welches aber dem Salvarsan nachsteht. Die Anwendung des Stowarsolans allein ist unpraktisch, wenn man einen maximalen therapeutischen Effekt erzielen will. Das Stowarsolan sollte nur dort angewandt werden, wo das Salvarsan nicht in Frage kommt. Eine Hg-Bi-Stowarsolanbehandlung ist wirksamer als eine Hg- oder Bi-Therapie. Nebenwirkungen werden bei der Stowarsolanbehandlung öfter gesehen als bei einer Salvarsan-Wismut- oder Hg-Behandlung, indes sind dieselben leichter als bei letzterer Behandlung. *A. Jordan.*

Golossowker und *Zelitschew:* **Die Behandlung der Syphilis mit Stovarsol.** Westnik Sowremenki Medicini 1927. Nr. 18.

In 56 Fällen von Syphilis mit den verschiedensten Erscheinungen derselben erzielte Verf. erfreuliche Resultate durch insgesamt 4,0—60,0 Stovarsol, welche gut vertragen wurden. Gelegentlich kam es aber bei den Kranken zu verschiedenen Dermatosen urtikarieller und ekzematöser Natur, welche aber keine Unterbrechung der Kur benötigten. *A. Jordan.*

Perkel: **Ein Fall von mehrfachem Auftreten von Exanthemen mit nachfolgender Melanodermie bei Behandlung der Syphilis mit Stowarsolan.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 5.

Während der Behandlung der 25jährigen Syphilitikerin mit Stowarsolan, innerlich, traten bei der Kranken 8mal Exantheme auf, von denen die ersten 6 den Charakter einer Exacerbation des ursprünglichen, syphilitischen Ausschlags an sich trugen, die beiden letzten dagegen als Toxicodermien angesehen werden mußten, da sie von anderen Zeichen einer

Digitized by Google

Intoxikation (Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz) begleitet waren. Unter Chlorcalcium, intravenös, schwand der Ausschlag. *A. Jordan.*

P. Ravaut und *Bocage:* **Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Novarsenobenzol. Resultate. Intoleranz. Serologie.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 12. 1926.

Verff. konnten bei 23 Kranken nur 17mal die Behandlung (10—12 Injektionen in 8tägigen Abständen) zu Ende führen (6 Kranke vertrugen sie nicht); sie erzielten 7mal völlige, 4mal fast völlige Heilung, 4mal bedeutende Besserung, 2mal keinen Erfolg. Sie empfehlen 2 Monate nach Schluß der Kur eine gleiche Behandlung. Die Einspritzungen wurden auffällig häufig schlecht vertragen; trotz verschiedener Versuche, das Mittel in anderer Weise aufzulösen, mußten sie in solchen Fällen die Behandlung abbrechen. Die Wa.-R. war 8mal unter 22 Beobachtungen positiv. *Zurhelle*-Bonn.

Krassowitow: **Zur Frage der NS-Anwendung bei Anthrax.** Kasavskij Medicinskij Journal 1927. Nr. 8.

Gleich verschiedenen anderen Autoren hat auch Verf. bei 4 Fällen von Anthrax durch einmalige intravenöse Injektion von 0,6 NS Heilung erzielt. Der 5. Fall ging ein, weil schon das Nervensystem mitbetroffen war.

A. Jordan.

Jadassohn: **Syphilisrückgang und Salvarsan.** Kl. W. 1926. Nr. 48. S. 2248.

Verf. veranstaltete eine Umfrage bei einer größeren Anzahl von kompetenten Fachärzten des Auslandes über die Frage des Syphilisrückganges und seiner Ursachen sowie über ihre jetzige Stellung zum Salvarsan.

Für das Salvarsan sprachen sich die meisten aus. In 14 Ländern hat die Syphilis zweifelsfrei abgenommen (Belgien, Dänemark, England, Finnland, Holland, Jugoslawien, Norwegen, Polen, Rumänien, Schweden, Schweiz, Spanien, Tschecho-Slowakei, Türkei). Die allermeisten Ärzte sind mit seltener Einmütigkeit der Ansicht, daß die Abnahme der Syphilis auf die Einführung bzw. die immer größere Verbreitung und die energische Verwertung der Salvarsanbehandlung zurückzuführen ist.

Hans Ritter-Berlin.

Joseph Schuhmacher, Berlin: **Worauf beruht die spezifisch spirillocide Wirkung des Salvarsans?** A. f. D. Bd. 149, S. 13—62.

Die Beziehungen zwischen Körperzelle und Salvarsan werden aus dem „Salvarsan-Kernbilde" geschlossen. Die Nucleinsäure stellt den einzigen Rezeptor des Leukozytenkerns für das Salvarsan dar. Die Hefezelle bindet er sowohl durch die Nucleinsäure wie durch das basische Eiweiß. Die Pallida, die völlig nucleinsäurefrei ist, bindet das Salvarsan lediglich an das basische Eiweiß (Lipoproteid).

Die lebende Zelle tritt mit den intakten Salvarsanmolekülen nicht in chemische Reaktion, wohl aber mit seinen Oxydationsprodukten. Die Umwandlungsprodukte des Salvarsans werden in erster Linie von den Spirochäten gebunden, so daß sich die sauerstoffraubende Wirkung des Arsens, die dadurch zustande kommt, daß sich das dreiwertige As unter Sauerstoffaufnahme zu fünfwertigen oxydiert, auch in erster Linie an den Spirochäten geltend macht. Optimal wirken die Arsenikalien basischer

Digitized by Google

Natur (fast ausnahmslos dreiwertiges As enthaltend), dagegen dystherapeutisch die Arsenikalien mit sauren Gruppen wegen ihrer geringen Lipoid- bzw. Lipoproteinlöslichkeit. *Hopf*-Hamburg.

N. Melczer u. *O. Dahmen*-Budapest: **Über die Wirkung des Neosalvarsans auf die Bildung der Immunkörper.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 17.

Es sind ausgedehnte Untersuchungen über diese Frage angestellt worden. Verff. kommen zu dem Schluß, daß Neosalvarsan weder auf die Agglutinine, noch auf die Ambozeptoren bei Luetikern eine Wirkung ausübt. Die auftretenden Verschiebungen sind ganz geringfügig und bereits 24 Stunden nach der Injektion wieder verschwunden. Ebenso ist es mit der Veränderung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit. Es scheint also die intravenöse Verabfolgung von Neosalvarsan nur eine ätiotrope Wirkung hervorzurufen. *Krüger*-Sagan.

Schindler-Fulda: **Wider die „eine maximale Kur mit möglichst großen Einzeldosen und die maximale Frühbehandlung" als Ursache vermeidbarer Salvarsantodesfälle.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 21.

Verf. wendet sich gegen die hauptsächlich von *Hoffmann* vertretene Anschauung der maximalen Frühbehandlung der Syphilis. Auf Grund eines Todesfalles, der nach 3,25 Silbersalvarsan bei einem seronegativem P.A. auftrat, vertritt er die Anschauung, daß auf die Konstitution des Kranken in der Dosierung mehr Rücksicht genommen wird und ihm nur gerade so viel Salvarsan verabfolgt wird, als nötig ist, um die Krankheit zur Ausheilung zu bringen. Es müßte in der Dosierung viel mehr individualisiert werden, als es heute allgemein üblich ist, um eine unnötige Gefährdung der Kranken zu verhindern. *Krüger*-Sagan.

W. Kolle: **Über Myosalvarsan, ein schmerzlos intramuskulär und subkutan injizierbares Salvarsanpräparat.** D. m. W. 1927. Nr. 12.

Verf. gelang es, in dem „Myosalvarsan", einem Formaldehyd-Sulfitsalvarsan, ein Salvarsanpräparat herzustellen, welches einen dem Neosalvarsan gleichen chemotherapeutischen Index besitzt und subkutan sowie intramuskulär injizierbar ist. Die intramuskuläre Injektion bleibt beim Menschen fast ohne jede unangenehme Reaktion, das Depot wird innerhalb weniger Tage restlos resorbiert. Es gelangt in der Dosis von 0,3, 0,45—0,6 mit 3—6tägigen Zwischenräumen in Gestalt von 8—12 Injektionen pro Kur zur Anwendung. Über die in der *Herxheimer*schen Klinik bisher beobachteten Erfahrungen mit diesem neuen Präparat sowie über die Ausscheidungsverhältnisse in Urin und Fäzes der mit Myosalvarsan behandelten Patienten wird später berichtet werden.

O. Dittrich-Kiel.

Noher: **Über Sulfoxylsalvarsan.** M. K. 1927. 4.

Verf. empfiehlt in allen Fällen, in denen es trotz eifrigstem Bemühens mit Salvarsan, Hg und Bi nicht gelingen will, den Wassermann negativ zu bekommen, es mit einigen 2—4 Injektionen von S. zu versuchen, und zwar je in Abständen einer Woche. Fall eines Kranken angegeben, der nach viermal S. Wa.R. ++++ Wassermann negativ wurde und bislang 4 Monate so blieb. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

A. Mibelli: **Asthma und Urtikaria als Folge intravenöser Injektionen eines Arsenobenzolpräparates.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 868.

Der 50jährige Patient *Mibellis*, Neuropathiker, mit einer Spätlues, der an leichter Aortenektasie und Asthma bronchiale litt, bekam während einer intravenösen Arsenobenzolbehandlung, während einer Periode relativer asthmatischer Ruhe, nach jeder Injektion eine urtikarielle Eruption, begleitet von einem Asthmaanfall; die Intensität der Erscheinungen und die Schnelligkeit ihres Auftretens nach der Injektion standen offenbar bis zu einem gewissen Grade in Beziehungen zur Injektionsdosis, und zwar in direkter Beziehung zur Intensität und im umgekehrten Verhältnis zu der Schnelligkeit, mit der die Nebenerscheinungen auftraten.

Der Verf. nimmt an, daß bei diesem Falle der den doppelten Anfall auslösende ätiologische Faktor eher der intravenösen Darreichung zuzuschreiben ist als der Qualität des Medikamentes selbst, und daß im allgemeinen, wo ein Zustand der Labilität des kolloidoklasischen Gleichgewichtes besteht, also die fundamentale Bedingung für das Auftreten der einzelnen Anfälle, diese Art der Einführung von Medikamenten in den Körper die Ursache eines kolloidoklasischen Schocks ist, dessen klinischer Ausdruck sich nach den eigenartigen Zuständen dieses oder jenes Systems, dieses oder jenes Organes richtet.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

H. Mühlpfordt: **Schwerer Schock nach Salluen.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 3.

Eine Stunde nach einer intravenösen Sallueneinspritzung entstand bei einem 22jährigen jungen Mädchen, das sich in der dritten antiluetischen Kur befand, ein schwerer Schock mit zahlreichen klonischen Krampfanfällen (erethischer Schock), der lebensbedrohliche Formen annahm und durch Aderlaß und Koffein bekämpft wurde. Verf. warnt auf Grund dieser Erfahrung vor der weiteren Anwendung des Salluens, eines Geheimmittels, das in 1 ccm 40 mg Bi und 5 mg As an einen nicht eiweißhaltigen Kolloidkomplex gebunden enthalten soll. *Weinstock*-Charlottenburg.

Samsonow: **Über die Toxizität der russischen NS.-Präparate.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 6.

Infolge zweier Todesfälle nach Gebrauch des russischen NS. (Novarsolan bzw. Novosalvarsans) stellte Verf. chemisch vergleichende Untersuchungen an, welche ergaben, daß das deutsche NS. sich beim Kochen gar nicht verändert, das russische Novarsolan mit einem grünlichen Bodensatz opalesziert, das russische Novosalvarsan in eine milchige Emulsion von gelblicher Farbe übergeht. Die russischen Präparate sind demnach nicht völlig identisch mit dem deutschen NS. *A. Jordan.*

L. Ginsburg: **Zur Frage der Behandlung der Salvarsandermatitis mit Röntgenstrahlen.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 2.

In 2 Fällen erzielte Verf. durch die Röntgenstrahlen ein gutes Resultat.

A. Jordan.

Markus: **Salvarsandermatitiden, ihre Prophylaxe und Therapie.** Klinitscheskoja Medicina 1926. Nr. 12.

Unter Beschreibung von zehn eigenen Beobachtungen von Hautausschlägen verschiedener Art nach Injektion von NS. berichtet Verf. über den heutigen Stand dieser Frage. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Kellermann: **Die Ursachen der Salvarsanschäden.** M. K. 1926. 53.

Verf. sieht die alleinige Ursache obiger Schäden in Salvarsanzersetzung infolge des bräunlichen Wandbelages, der sich in häufig benutzten Salvarsanspritzen bildet. Daher peinlichste mechanische Reinigung aller mit Salvarsan gebrauchter Utensilien (Schlauch usw.), peinlichste Durchspülung mit destilliertem Wasser jedesmal nach Gebrauch. Vielleicht erklären sich Schäden nach Goldpräparaten ähnlich. (Aus Glasspritzen wenigstens läßt sich der schmierige Niederschlag leicht mit Salzsäure entfernen. Ref.)

Siegfried-Aachen.

Scholtz: **Salvarsanbehandlung und Salvarsanschäden.** M. K. 1927. 9. **Bemerkung zu Kellermanns Artikel über die Ursachen der Salvarsanschäden.** M. K. 1926. 53.

Verf. verwendet seit 17 Jahren in seiner Klinik fast nur Altsalvarsan, bei dem er im Gegensatz zu *Kellermanns* Ansicht fast nie Schäden sah, weswegen er seine Therapie: 3 Injektionen von Altsalvarsan 0,3—0,3—0,2 beim ersten Schlag empfiehlt, beim zweiten und eventuellen dritten Schlag etwas weniger. Durch dieses Verfahren will er, vor dem Kriege wenigstens, bei primärer seropositiver und -negativer und frischer sekundärer Lues in 85 % Heilung mit einer Kur erzielt haben. Seitdem gibt er bei sekundärer Lues nach 8 Wochen noch einmal die gleiche, nur etwas milder dosierte Altsalvarsankur, während bei primärer Lues auch jetzt noch eine Kur genügen soll. *Siegfried*-Aachen.

H. Mühlpfordt-Allenstein: **Vermeidung von Salvarsanschäden ohne Herabsetzung der therapeutisch notwendigen Dosis.** Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 52A.

Verf. läßt schon seit längerer Zeit während jeder Salvarsanbehandlung etwa 2—3 g Salzsäure pro Tag nehmen und erzielt damit eine gute Verträglichkeit auch größerer Einzeldosen. Die Wirkung dieser Therapie ist etwa so zu verstehen. Das Salvarsan reißt aus den Zellkernen den Sauerstoff an sich und führt dadurch zum Tode der Zelle oder, wenn die Schädigung nur vorübergehend war, zu einem wieder reparablen Schaden. Hierdurch wird der Säuregehalt der Zellen herabgesetzt und die zur Ernährung der Zellen notwendige Sauerstoffverbrennung verhindert. Daher muß man durch Säurezufuhr während der Salvarsankur die Ernährung der Zellen sicherstellen. Auch empfiehlt es sich, die Salvarsaninjektion möglichst zwischen zwei Mahlzeiten zu verabfolgen. *Krüger*-Sagan.

L. S. Sirota-Schitomir: **Über Salvarsanschädigungen.** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 52a.

Es werden zwei Fälle eingehend beschrieben. Im ersten handelt es sich um einen 22jährigen Mann, der vor etwa einem Jahre eine Lues akquiriert hatte und bisher drei Kuren mit Neosalvarsan und Hg. sal. gut vertragen hatte. Vor der vierten Kur war die Wa.-R. positiv und es bestand eine spezifische Alopezie. Nach der ersten Neosalvarsaninjektion (0,3) tritt ein stärkerer Ikterus auf. Während erst die Leber noch palpabel war, tritt in den nächsten Tagen an deren Stelle ein tympanitischer Schall auf, und es kommt am siebenten Tage unter den Erscheinungen einer akuten gelben Leberatrophie zum Exitus. Die Sektion ergibt neben der Verkleinerung und gelbbraunen Verfärbung der Leber an der Oberfläche mehrere eingezogene Narben, die wahrscheinlich von geheilten Gummen stammen.

Digitized by Google

Im zweiten Fall handelt es sich um einen 22jährigen Mann, der seit mehreren Monaten breite Kondylome und Plaques muqueuses im Munde hat. Er ist bisher nicht behandelt worden, leidet aber seit seiner Jugend an Epilepsie. Nach der dritten Neosalvarsaninjektion kommt es zu einem komatösen Zustand und 5 Tage später zum Exitus. Die Sektion ergibt, daß die Schädelknochen an vielen Stellen stark verdünnt sind; es bestehen ausgedehnte Verwachsungen zwischen Dura und Pia. Im Hirngewebe finden sich zahlreiche Hämorrhagien.

In beiden Fällen ist wohl nur eine indirekte schädigende Wirkung des Salvarsans anzunehmen, da in den hauptsächlich befallenen Organen schon durch andere Prozesse ein Locus minoris resistentiae geschaffen war.

Krüger-Sagan.

Hanschell: **Capillary permeability and dermatitis after Arsenobenzol injektion. (Kapillardurchlässigkeit und Dermatitis nach Arsenobenzolinjektion.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 5.

20jähriger Seemann mit Schanker seit 10 Wochen und eiterndem linken Inguinalbubo, Wa.-R. negativ, bekommt aus Provokationsgründen 0,3 g Stabilarsan. 21 Tage hinterher starke porzellanene Schwellung beider Augenlider und häufig plötzlicher Blutandrang in verdickt erscheinender übriger Gesichtshaut. Trotz täglicher Injektion von 0,9 g Natr. thiosulphat Verschlimmerung zu eitriger Dermatitis mit platzenden Hautfalten. Bronchopneumonie. Delirien, Aussetzen des Herzens. Am Ende der 7. Woche erst wird bei anhebender Rekonvaleszenz Natr. thios. ausgesetzt. Fall besonders interessant wegen reichlichen Transsudats aus Kapillaren der geschwollenen Augenlider, wegen Ausbruchs erst nach 21 Tagen nach nur einer Arsenobenzolinjektion. Fall 2 ähnlich, nur daß Kapillartranssudat wenige Minuten nach Injektion schon auftrat ebenso wie flüchtiges Erythem des Gesichtes mit urtikariellen Knoten, welche Erscheinungen alle schon nach einer Stunde schwanden. Vielleicht ist Koma nach Arsenobenzol auch durch Exsudation zerebraler Kapillaren zu erklären. *Siegfried*-Aachen.

Ewins and *Everett:* **Comparative studies in organic arsenic derivates. (Vergleichende Studien der organischen Arsenderivate.)** The B. j. o. v. dis. 1927. 1.

Verf. haben es sich angelegen sein lassen, an 35 dem Salvarsan verwandte As-Präparate an Mäusen auszuprobieren, und zwar vorzüglich bei interner Verabreichung. Versuchstiere wurden mit Trypanosoma equiperdum infiziert. Versuchsanordnung genau angegeben. Benutzt wurden dreiwertige As-Zusammensetzungen, arsenige Säuren und dreiwertige Arsenverbindungen vom Typ: As = 0, As = Cl_2. Zu jeder Versuchsreihe Tabelle. Tabelle 4 vergleicht orale und subkutane Applikation, wobei sich ergibt, daß beide Wege gleichen kurativen Wert haben, und zwar gilt letzteres nur von den arsenigsauren Benzioxazinen, Verbindungen, die einerseits dem Stovarsol, andererseits den Tryparsamiden nahestehen. Erwünscht wäre eine weitere Durchforschung der zehn möglichen Isomeren des Stovarsols, da sie größeren Heilwert und geringere Toxizität gegen das Stovarsol selbst besitzen sollen. Weiter sollen zwei Benzisoxazinderivate der Tafel 4 Nerven weniger gefährlich sein. Die Arbeit, die einige chemische Vorbildung erfordert, will dem Laboratoriumsarbeiter Anregung für weiteres Forschen geben. 11 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Suchareff: **Zur Wirkung des fälschlich, in konzentrierter Lösung intravenös injizierten Altsalvarsans.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 3.

Einer Kranken wurden fälschlicherweise 0,6 Arsenobenzol Billon, welche sich gut in 10 ccm Wasser aufgelöst hatten, injiziert. Es traten am selben Tage Temperaturerhöhung, Schmerzen bei der Atmung, Übelkeit, Kopfschmerz auf; später eine Phlebitis der V. medians cubiti cephalica d. und der V. saphena magna d. auf. Erstere Erscheinungen besserten sich im Laufe der ersten Woche, die Phlebitis bestand noch bei Austritt der Kranken in der zweiten Woche nach der Injektion. *A. Jordan.*

G. Birnbaum (Hautklinik Würzburg): **Beiträge zur Frage des sogenannten „Salvarsanikterus".** A. f. D. Bd. 148. S. 44.

In den Jahren 1919—1924 kam unter etwa 1000 salvarsanbehandelten Syphilisfällen der Klinik 18mal Gelbsucht vor. 16 dieser Fälle konnten genau durchbeobachtet werden, und jeder einzelne wird vom Verf. einer eingehenden Epikrise unterworfen. Bei neun bringt er den Beweis rein syphilitischer Natur der Erkrankung, die vereinzelt durch verzettelte oder relativ überdosierte Salvarsanbehandlung ausgelöst sein kann. Fünf andere Fälle werden als epidemischer, septischer, katarrhalischer oder Gallensteinikterus unter zufälligem Zusammentreffen mit der Salvarsanbehandlung gedeutet. Es bleiben zwei Fälle von echtem Salvarsanfrühikterus übrig, bei denen gleichzeitig auch andere Salvarsanstörungen (Haut, Schleimhäute, Magen, Darm) sich zeigten; außerdem auch ein Frühikterus nach Salvarsanspritze bei einer Nichtsyphilitischen, wobei Verf. an die Provokation einer Cholezystitis bei latentem Mikrobismus denkt. Dieses auf Grund zahlreicher interessanter Einzelheiten in der Beurteilung jedes Falles gefundene Gesamtergebnis läßt den Verf. die Bezeichnung Salvarsanikterus nur dann anerkennen, wenn „Gelbsucht als Frühikterus unter gleichzeitigen anderweitigen Zeichen schlechter Verträglichkeit (Exanthem usw.) auftritt". *Sinn*-Aachen.

Judowitsch: **Ein Fall von Salvarsanspätikterus.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 6.

Ein 33jähriger Kranker erhielt in der Zeit vom 28. Okt. bis 7. Jan. 1925 insgesamt 3,75 NS. und darauf vom 3. Febr. bis 10. März 1925 nochmals 2,7 NS. Am 24. April erkrankte er an Salvarsanikterus. *A. Jordan.*

Heinrich Ruge: **Ein Beitrag zur Gelbsuchtsfrage, einfache Gelbsucht und sogenannte Gelbsucht nach Salvarsan.** A. f. D. Bd. 149. S. 213.

Die Zahl der sogenannten Salvarsanikteri ist ebenso wie des epidemisch infektösen Ikterus in den Jahren 1919—1923 bei der Marine dauernd gestiegen. Die Ikterusfälle nach Salvarsan verliefen im allgemeinen etwas schwerer. Die Gelbsucht nach Salvarsan wird identifiziert mit der epidemischen Gelbsucht. Lues und Salvarsan treten als unterstützende, leberschädigende Faktoren hinzu. *Hopf*-Hamburg.

Ch. N. Frazier: **Purpuric vesiculobullous dermatitis, subsequent to intravenous injection of sodium thiosulfate. (Vesikulo-bullöse Dermatitis nach intravenöser Natriumthiosulfatinjektion.)** Peking. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 8.

Während sonst nur hin und wieder mal nach intravenöser Verabreichung von Natriumthiosulfat bei Salvarsandermatitiden eine leichte, vorüber-

Digitized by Google

gehende Temperatursteigerung auftreten kann, im übrigen das Mittel aber sehr gut vertragen wird, konnte Verf. in 2 Fällen als Folge eine bullöse Dermatitis beobachten. Der erste Patient erhielt 2mal (0,4 und 0,5 g) Natriumthiosulfat, der zweite nur einmal 0,2 g. Bei Fall 1 zeigte sich außer der Dermatitis eine Bronchopneumonie mit pleuritischem Erguß, ferner eine leichte Hämaturie. Andere Fälle, die ebenfalls mit Natriumthiosulfat behandelt worden waren, wiesen eine sehr schnelle Abheilung der Salvarsandermatitis auf. Die Dosen betrugen 0,2—0,6 g in 10 ccm Aqua bidest. Die Herstellung der Lösungen war in allen Fällen einwandfrei.

Röntz-Bonn.

H. B. Haag and *W. R. Bond:* **Value of sodium Thiosulphate in Poisonig from oral administration of arsenic. (Wert des Natriumthiosulfats bei oral erzeugter Arsenvergiftung.)** Richmond. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 16.

Wenn auch die Erfolge von intravenösen Natriumthiosulfatinjektionen bei Salvarsandermatitiden zufriedenstellend sind, so gelang es doch nicht *Haag* und *Bond*, durch dasselbe Medikament bei oral erzeugter Arsenvergiftung gleiches zu erzielen. Sie führten ihre Versuche bei nüchternen Hunden aus, die große Gaben von *Fowler*scher Lösung per os erhielten und unmittelbar hinterher mit oralen bzw. intravenösen Natriumthiosulfatdosen behandelt wurden. Im Gegenteil, die Mortalitätsziffer war höher als die der Kontrolltiere. Außerdem wird die geringe Giftigkeit des Natriumthiosulfats betont. 2,5 g des Salzes pro Kilogramm Körpergewicht in 50 %igen Lösungen wurden noch gut von den Tieren intravenös vertragen.

Röntz-Bonn.

Smeloff: **Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Triparsols auf die Erscheinungen der Syphilis und auf die Wa.R.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 3.

Auf Grund von 17, mit Triparsol behandelten Fällen von Syphilis kam der Verf. zu der Überzeugung, daß das Triparsol viel langsamer als NS. auf die klinischen Erscheinungen der Syphilis, wie auf die Wa.R. einwirkt.

A. Jordan.

Multza: **Malariabehandlung der Syphilis.** Kl.W. 1926. Nr. 50. S. 2347—49.

Die Behandlung der Syphilis mit Malaria verdient in ärztlichen Kreisen die weiteste Beachtung. Einer Malariabehandlung können nach Ansicht des Verf. alle Fälle von Syphilis unterzogen werden, besonders aber jene ältere Lues, bei denen eine hartnäckige positive Wa.-R. im Blut und pathologische Liquorveränderungen vorliegen. Als Kontraindikation für die Malariabehandlung gelten Herzfehler, Tuberkulose und nichtsyphilitische Nierenleiden. Verf. beschreibt genau die Technik der Malariaimpfung und teilt recht zufriedenstellende Erfolge derselben mit. Er spricht sich gegen eine Malariabehandlung der primären Lues aus. *Hans Ritter*-Berlin.

G. Scherber-Wien: **Die Wirkung der spezifischen Therapie und der Malaria an sich und der Kombination beider auf die Syphilis, die Beziehungen zwischen der Syphilis und anderen fieberhaften Erkrankungen, wie die Wertung der bei der Malariatherapie zu beobachtenden Rezidive.** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 46.

Die durch Impfung hervorgerufene Malaria ist mehr wie andere Fiebermittel imstande, eine eigentümliche, förmlich spezifische Wirkung auf die

Digitized by Google

syphilitischen Krankheitsherde, besonders das Nervensystem, auszuüben. Es kommt dabei in manchen Fällen direkt zu einer Resorption von Krankheitsherden des Parenchyms. Trotzdem ist großer Wert auf die intensive Vor- und Nachbehandlung mit Salvarsan und Wismut zu legen, weil nur dadurch der optimale Effekt zu erzielen ist. Diese kombinierte Behandlung ist anzuwenden bei allen liquorpositiven Fällen, und falls es nicht gelingt, nach einer Kur eine wesentliche Besserung des Liquors zu erzielen, so muß sie noch mehrmals wiederholt werden. Denn gerade die Hartnäckigkeit des positiven Liquorbefundes legt den Verdacht nahe, daß es sich um Menschen handelt, die prädestiniert zu einer Paralyse sind.

Krüger-Sagan.

Hanschell: **Notes on Malaria in the treatment of general Paralysis of the insane. (Bemerkungen über die Malariabehandlung bei allgemeiner Paralyse Geisteskranker.)** The British J. of ven. dis. Juli 1926.

Angewandt Plasmodium vivax (gutartige Tertiana), aber nur, wenn Sicherheit gegeben, daß keine Verunreinigung mit Plasmodium falciparum (bösartige Subtertiana) vorliegt. Ein reiner Stamm von Pl. vivax behält seinen morphologischen und biologischen Charakter jahrelang unverändert bei. Inkubation bei intravenöser Einverleibung 4—8 Tage, 6—31 Tage bei subkutaner und 10—16 Tage bei Hautskarifikation. Inkubation bei Sporozoitenübertragung durch Anophelesbiß 12—21 Tage. Manche der Parasiten müssen geschlechtslose Trophozoiten sein. Parthenogenese gibt es bei den Gametozyten nicht. Nach 10—12 Fieberattacken intern Chinin. Chinin intravenös nur bei Komatösen. Interessant ist, daß Salvarsan einerseits bei alten „etablierten" Malariafällen Fieberausbruch mit Auftreten des Pl. vivax oder Falziparum veranlassen kann, während es bei Impfmalaria, also nicht „etablierter" Malaria, als fieberkupierend sich erweisen mag. Bei Blutübertragung besteht Gefahr, daß Angehörige später möglicherweise Schadenersatzansprüche stellen können, wegen „Vergiftung" mit unreinem Blut und vermeintlichen Folgen. Chinin tötete im Blutschrank dem infizierten Blute zugesetzt keine Malariaparasiten, auch nicht in größter Konzentration, es wirkt demnach nicht direkt im Malariakranken. Also ein Analogon vielleicht zu Salvarsan und Spirochäte. Fußgangrän nach Malaria bei Diabetikern und Malariaamblyopie heilten nach Chinin. Malariainfizierte sind ungefährlich für Umgebung, können aber wohl Anophelesmücken infizieren, die heute in England nicht mehr selten sind. 26 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

E. Delbanco-Hamburg: **Zur Malariabehandlung der Frühsyphilis.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 19.

Die Malariabehandlung der Frühsyphilis ist bis heute noch nicht so weit erforscht, daß sie schon Allgemeingut der Ärzte werden könnte. Es sind noch allerhand Gefahrenmomente vorhanden, und eventuell können dieselben Resultate durch einfachere und ungefährlichere Methoden erzielt werden. Erfolge mit Saprovitan sind vorhanden und vielversprechend. Der wesentliche Faktor der unspezifischen Therapie beruht wohl in einer Aktivierung der Milz und in einer durch die künstliche Anämie erzeugten starken Blutregeneration. Hierdurch wird der Kampf gegen die Spirochäta pallida mit verstärkten Waffen im Organismus wieder aufgenommen.

Krüger-Sagan.

Digitized by Google

E. Martini-Hamburg: **Zur Malariabehandlung der Frühsyphilis.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 19.

Vom Standpunkt des Hygienikers aus ist es bis heute noch in keiner Weise bewiesen, daß die Impfmalariastämme nach mehreren Passagen wirklich gametenfrei sind. Die Übertragungsversuche durch Mücken und ihr negativer Ausfall sind nicht als sicher beweiskräftig anzusehen. Es ist eine große Vorsicht am Platze, um nicht die Umgebung des Kranken stark zu gefährden. Bei den noch immer zahlreichen Fällen von frischer Lues dürfte die allgemeine Behandlung mit Malariaimpfung nicht am Platze sein, weil die Impfmalaria nicht mit völliger Sicherheit zu heilen ist und eine dauernde Beobachtung der großen Krankenzahl völlig unmöglich ist. Der Heilwert der Malaria auf die Syphilis ist auch noch nicht eindeutig geklärt. *Krüger*-Sagan.

O. Fischer-Hamburg: **Zur Malariabehandlung der Syphilis.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 19.

Zur Impfung sollen möglichst nur Tertianastämme verwandt werden, am besten auch nicht von frischen Infektionen, weil sich nicht das Vorhandensein von Tropikaparasiten trotz häufiger Untersuchung ausschließen läßt. Die Kontraindikationen sind neben den bekannten Gründen eine erhebliche Anämie (Herabsetzung des Hämoglobinwertes unter 50%) und Idiosynkrasie gegen Chinin. Vor der Impfung ist durch Verabfolgung von Chinin dessen Verträglichkeit zu prüfen. Einen sicheren Beweis bietet die Verträglichkeit vor der Impfung auch nicht. Plasmochin hilft in einzelnen Fällen über die Schwierigkeiten hinweg. Unterbrochen muß die Fieberperiode sofort werden bei Ikterus, bei einer plötzlich auftretenden Vermehrung der Parasiten und bei einer Milzruptur. Großer Wert ist auf die abschließende Chininbehandlung zu legen, um nach Möglichkeit jedes Rezidiv auszuschließen. Wenn auch bisher noch kein Fall einer Übertragung der Impfmalaria durch Anophelesmücken bekannt ist, so ist größte Vorsicht am Platze, weil wohl überall in Deutschland Anophelesmücken vorhanden sind. Die Malariabehandlung der Syphilis ist nur in einer Klinik durchzuführen. *Krüger*-Sagan.

Wainstein u. *Golossowker:* **Zur Infektionsfiebertherapie der Syphilis im frühen Stadium.** Venerologia u. Dermatologia. 1926. Nr. 6.

Die Verff. sahen in einigen Fällen von Syphilis im Primär- und beginnenden Sekundärstadium allein durch Malaria- bzw. Rekurrensüberimpfung Schwund der klinischen Erscheinungen. *A. Jordan.*

F. Bering: **Indikation zur Malariabehandlung der Früh-Lues.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 48.

Verf. erhebt die unbedingte Forderung, daß bei Abschluß einer guten Behandlung, etwa am Schlusse des zweiten Jahres nach der Luesinfektion, eine Liquoruntersuchung anzustellen sei. Jeder positive Liquorbefund bietet eine ernste Prognose in bezug auf eine Erkrankung des Zentralnervensystems. Deshalb hat der Autor diese Kranken, bisher 460 Fälle, der Malariabehandlung zugeführt, die eine bessere Einwirkung auf die Sanierung des Liquors zeigt als eine kombinierte Hg-Bi-Salvarsanbehandlung. Den besten Erfolg erzielt man mit einer Vorbehandlung mit Bi, dann Malariakur und Nachbehandlung mit Salvarsan.

Weinstock-Charlottenburg.

Digitized by Google

C. Petranich: **Die Malariabehandlung der Syphilis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 826.

Petranich hat die Malariabehandlung der Syphilis bei 47 Patienten angewendet, und zwar bei Fällen von früher oder später Syphilis mit spezifischen Veränderungen des Lumbalpunktats und bei einigen Fällen, die sich serologisch und klinisch-refraktär gegen eine wiederholte und energische Behandlung erwiesen hatten. Erst weitere Erfahrungen werden den Wert dieser Behandlung ins rechte Licht zu stellen gestatten. Die Impfmalaria verläuft im allgemeinen milde; es fehlen Milzschwellungen und Rezidive; auch während des Anfalls sind nur wenige, sehr pigmentarme Plasmodien mit keiner oder geringer Fähigkeit, Gameten zu produzieren, zu finden; es besteht eine erstaunliche Hypersensibilität der Impfmalaria gegen das Chinin, welches zu völliger Heilung führt. Die Impfmalaria hinterläßt keine dauernde Immunität für eine neue Infektion. Die Impfmalaria läßt sich nicht auf Anopheles übertragen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Ludwig Horn: **Zur Metalues-Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Malaria- und Rekurrenstherapie.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 47.

Verf. teilt die Ergebnisse einer therapeutischen Versuchsreihe von je 33 Fällen mit, die zu dem Zwecke durchgeführt wurde, um ein Urteil über das Ausmaß der Wirkung der Malariatherapie einerseits und der Rekurrenstherapie andererseits zu erlangen. Sowohl die Malaria- wie die Rekurrenskur wurde mit einer Neosalvarsankur verbunden. Es zeigte sich, daß durch die Rekurrenstherapie vor allem bedeutend weniger vollkommene Remissionen zu erzielen sind als mit der Malariatherapie. Im selben Verhältnis drückt sich die verminderte Wirksamkeit der Rekurrens- gegenüber der Malariatherapie auch in der höheren Zahl der unbeeinflußten Fälle aus. Immerhin enthält die Rekurrenstherapie ein wirksames therapeutisches Agens, denn eine beträchtliche Anzahl der Paralytiker remittierte. Die Remissionen bei der Rekurrenstherapie machten erst längere Zeit nach der Behandlung bemerkenswerte Fortschritte, was wahrscheinlich an dem sehr langsamen Verschwinden der Spirochäte Duttoni aus dem Gehirn liegt.

Bei der Rekurrenstherapie zeigten sich serologisch unmittelbar nach der Behandlung ganz außergewöhnliche Zell- und Eiweißzahlen, sowie die Bildung eines Fadengerinnsels im Liquor als Ausdruck einer besonders starken meningealen Reizung. Bei der Malariakur findet man dagegen unmittelbar nach der Behandlung ein schlagartiges Zurückgehen der Zellzahl- und Eiweißwerte oft bis zur Norm.

Weinstock-Charlottenburg.

P. A. O'Leary, W. H. Goeckermann u. *St. T. Parker:* **Treatment of Neurosyphilis by Malaria; a preliminary report. (Die Malariabehandlung der Neurosyphilis; vorläufige Mitteilung.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. H. 3. S. 26.

Bericht über die Malariabehandlung von 35 Patienten mit Neurosyphilis. Mit der Malariatherapie sind besonders bei Paralyse weit bessere Erfolge zu erzielen als mit irgendeiner anderen Behandlungsmethode. Das Patientenmaterial muß bei dieser eingreifenden Therapie sorgfältig ausgewählt werden, und sie ist nur möglich bei Krankenhausbehandlung mit sorgfältiger Pflege. Nach einer zehnmonatlichen Beobachtung zeigten

Digitized by Google

von 24 Patienten mit Paralyse 25% eine vollständige Remission, so daß sie ihren früheren Beruf wieder ergreifen konnten; 37% zeigten eine wesentliche Besserung; zwei Patienten starben, der eine an Malaria, der andere 6 Monate nach der Kur an Krämpfen. Keinen Einfluß hat die Malariatherapie auf Optikusatrophie oder gastrische Krisen; Blut- und Liquorreaktionen waren nach 10 Monaten noch unverändert.

G. H. Klövekorn-Bonn.

T. Judin: **Beobachtungen über die Behandlung der progressiven Paralyse mittels Kulturen von Spirochaeta Obermeier.** Kasanskij Medicinskij Journal. 1927. Nr. 6/7. (Russisch.)

Die Behandlung der progressiven Paralyse mittels Impfung mit Laboratoriumskulturen von Spirochaeta Obermeier ergab in einer freilich kleinen Anzahl von Fällen bemerkenswerte Resultate. Unter den 10 Fällen traten bei fünf deutliche Remissionen der progressiven Paralyse ein; ein Fall entzog sich leider der Beobachtung, in einem Fall schlug die Impfung fehl, drei Fälle gingen ein. Autor erklärt die Todesfälle durch die zu Beginn zu stark verwandte Dosis, nämlich 1,5—2,0 ccm der Kultur, während es sich später erwies, daß Impfungen mit 0,2—0,3 ccm der Kultur sehr wenig belästigende und gut wirkende Rekurrensanfälle hervorriefen, von denen 3 Anfälle vollkommen genügen. Das Rückfallfieber wird durch NS. vollkommen behoben. *A. Jordan.*

S. B. Hadden and *G. Wilson:* **Tryparsamide in the treatment of general paralysis. (Behandlung der Paralyse mit Tryparsamide.)** Philadelphia. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 7.

Das schon 1919 von *Jakob* und *Heidelberger* angegebene Tryparsamide wurde von den Verff. bei Paralytikern angewandt. Die Erfolge waren zufriedenstellend. Von 52 behandelten Patienten stehen noch 22 mit den Verff. in Verbindung, die alle Wohlbefinden erkennen lassen. Nach den Kuren hob sich der Allgemeinzustand, ferner traten auf Gewichtszunahme, Besserung der Sprache und Nachlassen des Tremors. Schädliche Nebenwirkungen waren recht selten. *Röntz*-Bonn.

I. R. Driver, John A. Gammel and *I. J. Karnosh:* **Malaria Treatment of Central Nervous System Syphilis. (Lues des Zentralnervensystems und Malariabehandlung.)** Cleveland. Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 22.

Nach Besprechung der bisher in der Literatur erschienenen Veröffentlichungen über Malariatherapie geben die Verff. einen ausführlichen Bericht über die Erfolge, die sie im Lakeside Hospital und im Cleveland City Hospital von Mai 1925 bis 15. März 1926 erzielt haben. Im ganzen wurden 79 Patienten mit Malaria behandelt. Die Übertragung wurde durch intravenöse Blutinjektionen ohne vorherige Blutgruppenbestimmung vorgenommen. Die Blutentnahmen geschahen meist in der anfallsfreien Zeit, wurden aber auch hin und wieder während des Fiebers ausgeführt. Irgendwelche Schädigungen durch die Malaria selbst wurden kaum beobachtet. Nur wo es galt, den Stamm zu erhalten, infizierte man zur Zeitstreckung durch intramuskuläre Injektionen. Meist wurde nach 12—16 Anfällen die Kur durch orale Chiningaben abgebrochen. Letzteres zeigte sich im allgemeinen bekömmlicher, da intravenöse Chininzufuhr oft mit Schockwirkung verbunden war. Eine sekundäre Anämie wurde oft beobachtet, jedoch trat später wieder ein Ausgleich ein. Die Malariakur soll unter-

Digitized by Google

brochen werden: 1. bei Harnstoffvermehrung im Blut über 70 mg%, 2. bei Sinken des Blutdrucks auf 95 mm im Intervall, 3. bei starkem Ikterus, 4. wenn die Erythrozytenzahl unter 2000000 sinkt, 5. wenn Brechdurchfall, Marasmus, Enzephalitis, Meningitis, Sepsis oder Pneumonie hinzutritt. Wichtig ist ferner, daß der Malariakur unmittelbar eine energische, antiluetische Kur folgt. Es wurden folgende Resultate erzielt: 1. 31 allgemeine Paralysen: davon 8 sehr gebessert, 8 leicht gebessert, 4 mäßig gebessert, 7 Fälle nicht gebessert; 2. 13 Taboparalysen: davon 3 erheblich gebessert, 3 sichtlich gebessert, 3 leicht gebessert, 4 nicht gebessert, einmal trat Exitus ein; 3. 2 jugendliche Paralysen: davon nur einer leicht gebessert; 4. 12 Tabes-dorsalis-Fälle: davon 3 erheblich gebessert, 4 leicht gebessert, 2 mäßig gebessert, 2 nicht gebessert; 5. 7 Fälle mit Lues cerebrospinalis: davon 5 ohne subjektive Symptome. Hier war nach der Malariakur die Wa.-R. im Liquor nicht gebessert, doch zeigte die Zellzahl einen deutlichen Rückgang, desgleichen war der Gehalt an Globulinen zur Norm zurückgekehrt. Auch die Goldsolkurve hatte sich erheblich zugunsten der Patienten verändert. *Röntz*-Bonn.

Walter Freeman: **Malaria treatment of General Paralysis (Histopathologic observations in fifteen cases). (Malaria-Behandlung der progressiven Paralyse [Histopathologische Beobachtungen bei 15 Fällen].)** Journ. Americ. Med. Ass. 88. 14.

Die therapeutische Wirkung der Malariabehandlung besteht in einer sehr schnellen Organisation des entzündlichen Exsudates in den Meningen und in der Umgebung der Blutgefäße. Im Verlauf der folgenden Monate findet eine allmähliche Resorption der Exsudate und eine Rückbildung des Glia- und Granulationsgewebes statt. Schließlich kommt es zu einer fast völligen Wiederherstellung der Rindenarchitektur. Spirochätenbefunde konnten dann nicht mehr erhoben werden. Auf Grund seiner an 15 Fällen erhobenen Befunde kommt *Freeman* zu dem Schluß, daß man nicht nur Remissionen, sondern sogar endgültige Heilungen durch die Malariabehandlung erzielen könne. Das anatomische Bild wich bis auf eine gewisse Verminderung in der Zahl der Kortikalneurone kaum vom Normalen ab. Bei einem Fall von Paralyse, der erst nach 4jähriger Dauer mit Tertiana behandelt wurde, trat ein vollkommener anatomischer Stillstand ohne jede Besserung des klinischen Bildes ein; daraus geht die Notwendigkeit der Frühbehandlung hervor. *Theissing*-Bonn.

Brandenburg: **Beobachtungen über Malariabehandlung der Paralyse.** M. K. 1927. 10.

Verf. bediente sich eines Malariastammes, der täglich Fieberanfälle hervorruft. Der Erfolg der Kur ist um so besser, je mehr vorher der Kranke durch die Fieberanfälle mitgenommen wurde, es ist sogar ein gewisser Marasmus das erstrebenswerte Ziel. Frische Fälle reagieren günstiger als ältere. Versagt hat juvenile Paralyse. Behandelt 150 Fälle. Todesfälle etwa 17%, gebessert 43%, ungeheilt 40%. Auch hier ergab sich günstige Beeinflussung der tabischen Krisen und auch eine Neuritis optica erwies sich sehr dankbar. Zu warnen ist auch hier wieder, Schwangere der Malariakur zu unterziehen, wofür eine instruktive Kasuistik beigegeben. Immerhin wird die Schwangerschaft als solche nicht weiter beeinflußt, auch nicht nach 22 Schüttelfrösten, wie es hier der Fall war. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Plehn: **Behandlung der progressiven Paralyse mit Malaria tropica.** M. Kl. 1927. 28.

Verf. schließt: „Die Paralysebehandlung mit Tropika verspricht selbst dann noch Erfolg, wenn Tertiana versagte. Bei richtiger Anwendung ist Tropika nicht gefährlicher als Tertiana." Um die Gefahr der Tropika, der auch viele Späterkrankungen, wie Pneumonie, Darmerkrankungen, Parotitis und besonders Hautgangrän, zur Last zu legen sind, abzuschwächen, ließ Verf. die Tropika kupieren, sobald die infizierten Erythrozyten im Ausstrichpräparat mehr als 10% betrugen, falls zweite Untersuchung nach 8—10 Stunden nicht schon spontanen Rückgang zeigte. Niedriger Blutdruck an sich ist keine Kontraindikation gegen Weiterbestehenlassen des Fiebers, eher eine Selbsthilfe des Organismus zur Herzentlassung. Später ließ Verf. das Erstlingsfieber, das ja das gefährlichere ist, sehr früh grundsätzlich kupieren. Rezidive wurden, falls sie sich über 18 Tage verzögerten, durch Milzbestrahlung und Velotrapp provoziert. Auch nach Neuinfektion zeigt Erkrankung nur Charakter eines Rezidives. Somit kann man also schlimmstenfalls mehrere Male neuinfizieren. Zu überlegen wäre auch, ob man nicht das Erstlingsfieber mildern könnte durch gleichzeitige kleine Chiningaben bei Infektion. Mortalität soll nicht größer sein als bei Tertiana (12—18%), dagegen sollen obige sekundäre Komplikationen bei Tropika wesentlich seltener sein. Tropika bietet auch noch den Vorteil, daß sie durch Kupierung in Latenz übergeführt und durch Rezidivprophylaxe in ihr erhalten bleibt, während bei Tertiana nach Kupierung die Sterilisatio magna erreicht wird. Somit stellen die Tropikageimpften immer wieder monatelang Parasitenspender dar, bis die Tropika endlich spontan nach längerer Zeit erlischt. Tropika wirkt nach Verf. schneller und energischer als Tertiana, was mit beiden Stämmen nacheinander Geimpfte bewiesen. Somit scheinen Stärke und Dauer der Infektion für Erfolg wichtiger zu sein als hohes Fieber. Vorläufig aber fehlen noch genügend zahlreiche Fälle, um darauf eine überzeugende Statistik aufzubauen. Immerhin erwähnt Verf. einige. *Siegfried*-Aachen.

B. Spiethoff: **Die Kupierung der Impfmalaria durch Salvarsan und Spirozid.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 53.

Verf. kupiert die Impfmalaria durch Salvarsan oder Spirozid, die das Herz weniger belasten als Chinin. Bei der Malariabehandlung unter dem Bilde der Quotidiana werden an je zwei aufeinanderfolgenden Tagen je eine Injektion von Neosalvarsan 0,45 verabreicht, beim Tertianatypus 2 Injektionen mit einem Intervall von 2—3mal 24 Stunden. Männer erhalten 4 Tabletten Spirozid, Frauen 3 Tabletten; nach 8 Stunden Wiederholung der Gabe, dann die weiteren Gaben in Pausen von 24 Stunden, morgens nüchtern im Turnus von 7 Tagen und 4 Tagen Pause. Zwei Touren Spirozid genügen zur Kupierung der Impfmalaria.

Weinstock-Charlottenburg.

Digitized by Google

Buchbesprechungen.

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Band XV, erster Teil. *Morphologie und Biologie der Spirochaeta pallida.* Bearbeitet von *Erich Hoffmann* und *Edmund Hofmann*. *Experimentelle Syphilis.* Bearbeitet von *Paul Mulzer*. Berlin 1927. Julius Springer.

Der vorliegende stattliche Band ist ein Werk *Erich Hoffmanns* und zweier seiner Schüler. Es ist als ein großes Glück für die gesamte Syphilisforschung zu bezeichnen, daß nach *Schaudinns* allzu frühem Tode der Mitentdecker des Syphiliserregers, *Erich Hoffmann*, im ersten Abschnitt mit *Edm. Hofmann*, die zusammenfassende Übersicht der Spirochätenforschung hat geben können. Zu allen Zeiten wird man diese Darstellung der Entdeckung des Syphiliserregers und die Ausführungen über die ätiologische Bedeutung der Pallida mit besonderem Interesse lesen. Die bei *Hoffmann* selbstverständliche souveräne Beherrschung der Materie kommt sowohl in dem zum Ausdruck, was an positiv Gesichertem mit klarer Prägnanz dargestellt wird, wie in der meisterhaften Beschränkung, mit der noch Unklares und Unsicheres oder nur Vermutetes als solches gekennzeichnet wird, wofür namentlich die Ausführungen über die chemische Struktur des Spirochätenleibes Zeugnis ablegen. Zwanzig Seiten umfaßt die Darstellung der Lebensäußerungen der Pallida. Ein ausgezeichnetes Bildmaterial nicht nur aus dem *Hoffmann*schen Atlas, sondern auch aus *Schaudinns* Nachlaß, *Meirowskys* bekannten Arbeiten, Bilder von *Saphier* und *Edmund Hofmann* illustrieren die Darstellung, welche die höchst schwierigen Verhältnisse mit klarer Objektivität zusammenfaßt. In dem Abschnitt „Das Verhalten der Pallida im Organismus" sind bereits die neuen Arbeiten von *Kolle, Armuzzi, Strempel* und *Zurhelle* berücksichtigt. Die Frage der Leicheninfektion mit Syphilis, von *Hoffmann* selbst neuerdings zum Gegenstand eingehender Untersuchungen gemacht, ist in dem Abschnitt über Beeinflussung durch chemische und physikalische Agentien abgehandelt. Was die Systematik angeht, so zeigen auch die neueren Untersuchungen, daß die von *Erich Hoffmann* schon 1906 geäußerte Ansicht, daß die Spirochäte eine „Mittelstellung" zwischen Protozoen und Bakterien einnehme, auch heute noch den vorliegenden Tatsachen am besten gerecht wird. Von hervorragender praktischer Bedeutung für die Syphilisbekämpfung ist die Darstellung der Untersuchungsmethoden, auch hier wieder mit hervorragenden Illustrationen versehen. Sehr lehrreich z. B. sind die bunten Bilder: Pallida mit Osmofuchsinfärbung, Pallida im Leuchtbild, Pallida im Zentrifugat von Liquorkoagulum. Die Bedeutung der Spirochaete pallida für die Diagnose, Forschung und Therapie wird am Schluß der Arbeit behandelt. Gerade diese Ausführungen sollten in der Praxis besondere Berücksichtigung finden. *Hoffmann* schließt mit den Worten, daß die Ausrottung der Syphilis, von *Ehrlich* angestrebt, jetzt in den Bereich der Möglichkeit gerückt und wohl schneller erreichbar ist, als man heute meist noch annimmt". Im ganzen betrachtet haben *Erich Hoffmann* und *Edmund Hofmann* in dieser Arbeit eine so grundlegende Zusammenfassung erstellt, daß jeder, welcher sich mit Syphilis beschäftigt, in ihr eine maßgebende Hilfe finden wird; so wie für das gesamte Gebiet der pathogenen Spirochätosis etwa *Noguchis* große Zusammenfassung vom Jahre 1917 sie darstellt. Meister und Meisterschüler lassen nicht nur die große Entdeckung wieder vor uns erstehen, sie geben nicht nur ein plastisches Gesamtbild der mühevollen Kleinarbeit der Gegenwart, sondern sie weisen auch der Forschung neue Wege in die Zukunft, denen der Erfolg nicht versagt bleiben möge.

Digitized by Google

Im zweiten Abschnitt gibt *Paul Mulzer* auf etwa 300 Seiten eine umfassende Darstellung unserer Kenntnisse auf dem Gebiet der experimentellen oder Tiersyphilis. Bei dem hervorragenden Anteil, den der Verfasser durch seine vielfach grundlegenden Arbeiten an dem fraglichen Gebiete hat, ist eine Darstellung von ungemeiner Reichhaltigkeit entstanden. Die Illustration ist ausgezeichnet nicht nur in dem klinischen Teil, sondern auch deswegen besonders lehrreich, weil vielfach die Technik der Untersuchungsmethoden reihenbildartig wiedergegeben ist. Der erste Teil der Arbeit behandelt die Technik der Syphilisübertragung auf verschiedene Tiere, Klinik und Histopathologie der Syphilisformen des Kaninchens, die Frage der Paralyse-Enzephalitis, die experimentell hervorgerufene kongenitale Syphilis, die Permeabilität der Plazenta und die Tierimpfung mit Kulturspirochäten. Im zweiten Teil wird zunächst das Problem der Durchseuchung geschildert, gerade auf dem Gebiet der Reinfektion und Superinfektion ist durch die neuen Arbeiten Licht auf bisher unklare Vorgänge geworfen. Der *Ebersons*che Versuch erfährt eine eingehende Darstellung. Die Infektiosität syphilitischer Produkte wie auch der Sekrete Syphilitischer findet eine eingehende Würdigung. Die tierexperimentelle Prüfung ist von besonderer praktischer Bedeutung. Vom Atoxyl bis zum Antimon und Wismut hat sich die tierexperimentelle Forschung als eine der wichtigsten Grundlagen für das Auffinden und die kritische Beurteilung der Spezifika mit Rücksicht auf die menschliche Therapie erwiesen. In dieser Hinsicht ist auch von besonderem Interesse die historische Darstellung der Einführung von Arsenverbindungen in die Chemotherapie der sogenannten Spirillosen durch *Uhlenhuth* und seine Mitarbeiter, welche damit die Grundlagen für die große Entdeckung von *Ehrlich* gelegt haben. Der dritte Teil der Arbeit handelt von der originären Kaninchenspirochätose. *Mulzers* schon auf dem Münchener Kongreß geäußerte Ansicht, daß die Fehlerquellen, welche durch diese Erkrankung in der Beurteilung tierexperimenteller Syphilisfragen auftreten können, bei genügender Aufmerksamkeit und Kenntnis, insbesondere auch des klinischen Bildes der experimentellen Kaninchensyphilis, mit praktisch genügender Sicherheit auszuschalten seien, hat sich inzwischen als richtig durchgesetzt. Am Schluß der Arbeit befindet sich ein Literaturverzeichnis, das auf 12 enggedruckten Seiten die zitierten Arbeiten zusammenfaßt. — Die Lektüre der *Mulzer*schen Arbeit — ein grundlegendes Werk für sich — zeigt in ihrer eindringlichen Klarheit, daß die „Kaninchensyphilis" nicht nur für die Auffindung und Erprobung neuer Heilmittel ein unentbehrliches Hilfsmittel darstellt, sondern daß auch die theoretische Erforschung und Erkennung der menschlichen Lues in dem Tierexperiment eine ihrer tragfähigsten Grundlagen hat. *F. W. Oelze* (Leipzig).

J. Jadassohn: *Edmund Lessers Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.* Vierzehnte, vollständig neu bearbeitete Auflage. 2. Band. Geschlechtskrankheiten. Mit 96 z. T. farbigen Abbildungen. Berlin 1927. Julius Springer.

Da ein so bedeutender Forscher und Lehrer wie *Jadassohn* die Neubearbeitung eines so bewährten Buches wie es das *Lesser*sche Lehrbuch ist, übernommen hatte, konnte man mit hochgespannten Erwartungen dem Erscheinen desselben entgegensehen. Man kann sagen, daß diese Erwartungen durch den zuerst herausgekommenen 2. Band in jeder Hinsicht erfüllt, wenn nicht noch übertroffen worden sind. Die schöne Einfachheit und Flüssigkeit des Stiles, die große Gewandtheit in leicht verständlicher Darstellung selbst

Digitized by Google

der schwierigsten Gebiete lassen fast auf jeder Seite den erfahrenen klinischen Lehrer und Publizisten erkennen und verdienen volle Anerkennung. Es liegt in der Natur der Sache, daß schon die großen Fortschritte unseres Fachgebietes eine Ergänzung und Umarbeitung fast aller Kapitel erforderlich machten, viele mußten ganz neu hinzukommen, obschon der äußere Rahmen der Anlage bestehen blieb. Die eingehendere Berücksichtigung der Gonorrhöe und bei der Syphilis der viszeralen Nervenerkrankungen ist zu begrüßen. Getreu den Grundsätzen *Lessers* ist überall neben Aufführung der klinischen Daten den allgemein-pathologischen Zusammenhängen ein hinreichend breiter Raum gewidmet, damit, wie *Jadassohn* auch im Vorwort mit Recht betont, der drohenden Gefahr einer routinemäßigen Verflachung der Therapie vorgebeugt werde. Dabei sind strittige Fragen im allgemeinen mit einer erfreulichen Reserve und Objektivität dargestellt. Daß die Zitate von Autorennamen eingeschränkt worden sind, hat gewiß in einem „Lehrbuch, das nicht wissenschaftlichen Fragen, sondern dem Unterricht dienen soll", seine Berechtigung. Auch die dabei häufig drohende Gefahr der Überbewertung *neuerer* Autoren soll nicht bestritten werden. Aber mir scheint, daß *Jadassohn* hier doch über das Ziel hinausgegangen ist. Der Kreis derjenigen Forscher, denen wir wichtige Grundlagen und Fortschritte verdanken, wird doch von ihm — zum mindesten müßte man sagen — zum Teil etwas eng abgegrenzt. Es ist im Interesse des Unterrichts zu bedauern, wenn die Studierenden nicht einmal die zeitgenössischen Meister und ihre eigenen Lehrer in ihren Leistungen kennen lernen. Ein bekannter Internist hat jüngst in seinem Buche sogar kurze Lebensläufe der bedeutendsten Gelehrten im Register angebracht, um die Wichtigkeit der Geschichte der Forschung für den Lernenden hervorzuheben. Hier dagegen wird — um nur einige wenige Beispiele anzuführen — im Gegensatz zu *Lesser* selbst, von *Jadassohn* die Vorgeschichte der modernen Chemotherapie der Lues mit Arsenpräparaten so stiefmütterlich behandelt, daß nicht einmal der Name *Uhlenhuth* Erwähnung findet! Man vermißt ferner entsprechende Hinweise bei der Drüsenpunktion, der „maximalen Frühbehandlung mit voller Frühheilungschance" diesen von *E. Hoffmann* geprägten Ausdruck, der doch bei der großen Wichtigkeit des Begriffes zur Einprägung der Gesichtspunkte für den Lernenden besonders geeignet erscheint. Abgesehen davon aber ist das ganz ausgezeichnete und hervorragend ausgestattete Buch als wertvolles Unterrichtsmittel für den Arzt und Studierenden auf das Wärmste zu empfehlen.

P. Mulzer (Hamburg).

H. Schlesinger: *Syphilis und innere Medizin.* 3. Teil. Die Syphilis des Zirkulations- und Respirationstraktes und der innersekretorischen Drüsen. Syphilis und Blutkrankheiten. Wien 1928. J. Springer. Preis 18 Mk.

Für den Dermatologen enthält der vorliegende Schlußband des *Schlesinger*schen Werkes außerordentliche wertvolle Bemerkungen. Da die einzelnen Kapitel, deren Inhalt aus dem Titel des Bandes hervorgeht, unter dem Eindruck großer eigener Erfahrungen geschrieben sind, kommt es vor, daß einige Ansichten etwas subjektiv erscheinen. So werden manche Syphilidologen nicht ohne weiteres damit übereinstimmen können, daß eine Zunahme syphilitischer Aortenerkrankungen „beinahe mit Sicherheit auf die energischere Syphilisbehandlung zurückzuführen" sei. Besonders gut gelungen erscheint die Darstellung der Lungensyphilis vor allem in differential-diagnostischer Hinsicht. Die übrigen Kapitel sind ebenfalls sehr übersichtlich geschrieben, so daß die Lektüre auch dieses Bandes sehr anregend und belehrend ist. Ein erschöpfendes Literaturverzeichnis bildet den Schluß. *Memmesheimer* (Bonn).

Digitized by Google

A. Kißmeyer: *Studien über die Pigmentnävi der menschlichen Haut. (Études sur les Naevi pigmentaires de la peau humaine [Mélanoblastomes bénins].)* Paris 1927. E. Legrand.

In einer Monographie von 175 Seiten Umfang und mit ausführlichem Literaturverzeichnis berichtet der Verfasser an Hand von 29 Abbildungen über histologischen Untersuchungen bei den Pigmentnävi. Auf Grund dieser Untersuchungen nimmt er an, daß mesodermale, dopapositive Zellen an der Bildung weicher Pigmentnävi keinen Anteil haben, sondern lediglich den Ausgangspunkt andersartiger Tumoren darstellen, die nach *Ribbert* als Chromatophorome zu bezeichnen sind; hierbei werden auch die blauen Nävi erwähnt. In ganz kleinen Nävis, die er als primordiale Elemente betrachtet, fand er die pathologischen Veränderungen nur in der Epidermis in Form charakteristischer, metaplastischer, pigmentierter, dopapositiver Zellen, die als Melanoblasten anzusehen sind. Sobald die Nävi etwas größer sind, finden sich auch die frühesten Veränderungen im Korium in Gestalt von dicht an der Epidermis liegenden Zellen, die in enger Beziehung zu den Veränderungen der innerhalb der Epidermis beobachtenden Erscheinungen stehen. Auch wenn diese Zellen von den intraepidermoidalen in ihrer Form abweichen, glaubt er doch, daß es sich um den gleichen Prozeß handelt. Die klar geschriebene Broschüre ergibt auch historisch einen guten Überblick über die schwierige, noch immer umstrittene Frage und gedenkt besonders auch der Fortschritte, die durch *Blochs* Pigmentstudien und Methoden angebahnt worden sind. *E. H.*

A. M. Memmesheimer: *Hautreize und Hautesophylaxie.* Halle 1927. Marhold. Preis Mk. 3,50.

Verfasser berichtet über die experimentelle und theoretische Grundlage des von *E. Hoffmann* in die medizinische Wissenschaft eingeführten Begriffes der Esophylaxie. Die Esophylaxie der Haut wird als die Summe der durch Reize verstärkten Funktionen sämtlicher in der Haut liegenden Zellen definiert. Durch Hautreize werden in den Epidermiszellen, Gefäßen, Nerven und Drüsen der Haut Wirkungen hervorgebracht, die günstige Einflüsse auf den ganzen Organismus ausüben. Von den verschiedenen Hautreizen wirken vor allem das Licht durch die Haut auf den ganzen Körper. Dies führt biologisch zu Schutzwirkungen gegenüber Infektionen. Dasselbe geschieht nach mechanischen Hautreizen. Auch die bakteriellen Reize wirken in diesem Sinne. Denn aus der Wechselwirkung zwischen Erregern und Haut resultieren günstige Bedingungen zur Abwehr von Infektionen. Dies zeigt sich nicht nur durch Entstehung von Immunstoffen, sondern auch im klinischen Verlauf von einzelnen Krankheiten, wie z. B. Pocken, Milzbrand, Tuberkulose, Syphilis. Aus der Zusammenstellung geht hervor, wie die zahlreichen wichtigen Fragen, die sich aus Diskussion des Esophylaxiebegriffes ergeben, experimentell angefaßt werden müssen, und zu welchen Ergebnissen sie schon geführt haben. Die klar geschriebene Abhandlung verdient weite Verbreitung. Wir Dermatologen müssen diesem neuen Zweig unserer Forschung ein erhöhtes Interesse entgegenbringen. Für jeden, der sich hierin einarbeiten will, gibt die Abhandlung einen vorzüglichen Wegweiser. *Bering* (Essen).

Digitized by Google

Personalien und Tagesnachrichten.

Prof. Dr. *F. Pinkus*, unser langjähriger Mitarbeiter, begeht am 4. April dieses Jahres seinen 60. Geburtstag. Als hervorragender Dermatohistologe und Begründer des Krankheitsbildes „*Lichen nitidus*" hat er sich in der medizinischen Weltliteratur einen Namen gemacht und ist seit einer Reihe von Jahren auch in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als Generalsekretär der DGBG. in vorderster Linie tätig. Herausgeber und Verleger sprechen ihm ihre Glückwünsche aus.

Dr. *Kohlenberger*, I. Assistenzarzt der dermatologischen Abteilung am Mainzer städtischen Krankenhaus wurde gewählt für die neugeschaffene Stellung eines Facharztes der Gesundheitsbehörde der Stadt *Stettin.*

In *Kopenhagen* findet vom 5. bis 8. August 1930 der *VIII. internationale Dermatologenkongreß* statt. Das vorbereitende Komitee besteht aus den Herren *C. Rasch, Edv. Ehlers, O. Jersild, A. Reyn, H. Boas, S. Lomholt, A. Kißmeyer.*

Am 29., 30. und 31. Mai wird in *Leiden* ein Ärztekurs über „*Diagnose und Therapie der Allergischen Krankheiten*" in *deutscher Sprache* abgehalten. Gebühr Mk. 30.—; für junge Assistenten keine Gebühr.

Vorläufiges Programm: Jeden Vormittag von 9 bis 12^{30} Vorträge von

Prof. *Storm van Leeuwen:* Allgemeine Einführung über Allergie; Hautreaktionen, Asthma und Klima-Allergene; Klima-Allergene in Beziehung zur Tuberkulose; Emphysem und Pseudo-Emphysem bei Allergikern, klinische Demonstrationen.

Prof. *Rost*-Freiburg: Beziehungen zwischen Allergie und Hautkrankheiten. (Zwei Vorträge.)

Prof. *Melli*-Padua: Übertragung des anaphylaktischen Zustandes von Asthmatikern auf normale Personen. Klinische Beobachtungen über das anaphylaktische Asthma.

Nachmittags: Demonstration von Patienten. — Demonstration und Übungen in Hautreaktionen. — Besichtigung der Klinik für allergische Krankheiten. — Besichtigung allergenfreier Kammern in Privathäusern.

Pension in Leiden von 4 bis 5 Gulden täglich. Hotels im Haag ab 5 Gulden mit Frühstück. Auf Anfrage wird ein detailliertes Programm geschickt.

Die *Moskauer Venerologische Gesellschaft* erwählte auf ihrer Jahressitzung zum Vorsitzenden Prof. *A. Jordan;* zu Stellvertretern des Vorsitzenden Prof. *G. Mestschersky,* Prof. *N. Efron* und den Oberarzt *A. Ustimoto;* zu Schriftführern *S. Bogdanow, D. Lewtschenkow* und *H. Muscatblüt.*

Vom 12. bis 14. September findet die diesjährige Tagung der „*Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten*" in *Amsterdam* statt. Es werden folgende Themata abgehandelt:

12. 9. 28. Physiologie und Pathologie des Hungers.

13. 9. 28. Beziehungen zwischen Digestionstraktus und Blutkrankheiten.

14. 9. 28. Diagnostische und therapeutische Irrtümer auf dem Gebiet der Verdauungskrankheiten und deren Verhütung. Bedeutung der Rohkost.

Näheres durch das Generalsekretariat: Prof. *von den Velden,* Berlin W 30, Bamberger Straße 49.

Digitized by Google

I.

(Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Innsbruck [Vorstand: Prof. Dr. *Wilhelm Kerl*].)

Zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Krankheit.

Von

Dr. JOSEF KONRAD,
Assistent der Klinik.

(Mit 3 Abbildungen im Text.)

Im Jahre 1902 beschrieben *Fox* und *Fordyce* auf Grund der Beobachtung von 2 Fällen ein besonderes Krankheitsbild, das seit dem Jahre 1922 durch die von *Schiefferdecker* gemachte Einteilung bezüglich der Drüsen des Menschen in merokrine-apokrine und merokrine-ekkrine Drüsen neu an Bedeutung gewann. Unter den ersteren verstand *Schiefferdecker* die großen und unter den letzteren die kleinen Schweißdrüsen. Diese beiden Gruppen unterscheiden sich nach *Schiefferdecker* durch ihren „*morphologischen Vorgang bei der Sekretion, durch ihre Entwicklung und durch ihre Vorkommen*".

In einer zusammenfassenden Darstellung bespricht *H. Fischer* unter *Ergebnisse* im Zbl. f. H. u. G., Bd. 20, 1926, S. 1 ausführlichst das Krankheitsbild und erwähnt, daß bis zum Jahre 1924 über 30 Fälle dieser Erkrankung veröffentlicht wurden. In den letzten Jahren finden sich — ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben — in der Literatur weitere 23 Fälle von folgenden Autoren mitgeteilt *(Ben, Chargin, Chorazak, Gelbjerg-Hansen, Goodmann, Hinze, Hirschfeld R., Jersild O., Jung, Kall, Lenz A., Löwenberg Max, Müller, Nardelli, Netherton E. W., Pick W., Rejsek Bohumir, Rusin, Sachs, Schönstein, Türk Norbert, Wichert)*. Alle diese Autoren berichten über je einen Fall, *Pick* über 2 Fälle. Die Erkrankung betrifft davon in 19 Fällen Frauen und nur in 4 Fällen *(Chlorazak, Hinze, Türk, Wichert)* Männer im Alter von 19, 21, 23 und 61 Jahren. Es dürften also, Fall *Fox* mit eingerechnet, in der Literatur bisher 5 Fälle beim männlichen Geschlecht bekannt sein.

Digitized by Google

Zwei an der Klinik in letzter Zeit zur Beobachtung gekommene Fälle von Fox-Fordyce sollen im nachstehenden mitgeteilt werden.

Fall 1. Anamnese: 28jährige, bisher in ihrem Leben stets gesunde Patientin B. A. gibt an, daß bei ihr vor ungefähr 4—5 Jahren ohne äußere Veranlassung eine starke Nervosität auftrat, die auch der Umgebung aufgefallen ist. Wenige Monate später trat in beiden Achselhöhlen beiderseits gleichmäßig ein heftiger Juckreiz auf, ohne daß die Patientin an den befallenen Stellen eine Veränderung bemerkt hatte. Der Juckreiz war für sie besonders quälend vor, weniger während der Menstruation, so daß zu dieser Zeit die Nachtruhe gestört war. Die Anwendung der verschiedensten Mittel war ohne jeden Erfolg. Das Auftreten der ersten Menses war mit 21 Jahren, immer regelmäßig, von 8tägiger Dauer; seit 5 Jahren nun dauern die Menses immer 14—16 Tage. Bei Gemütserregungen gibt Pat. keine Steigerung des Juckreizes an. Die Schweißsekretion in den Axillen ist etwas erhöht.

Status praesens: Mittelgroße, kräftige Erscheinung von dunkler Haut- und Haarfarbe. *Ausgesprochener viriler Behaarungstypus* in monte veneris. Die beiden unteren Extremitäten sind in toto stark behaart.

Im Bereiche beider Axillae erscheint die Haut ziemlich stark pigmentiert und zeigt ein chagriniertes Aussehen. Wir finden zahlreiche einzelstehende, stecknadelkopfgroße Knötchen von teils halbkugeliger, teils kegelförmiger Gestalt, die in ihrer großen Mehrheit im Zentrum eine Eindellung aufweisen. Nur wenige solcher knötchenförmiger Effloreszenzen sind exkoriiert und weisen eine Blutkruste auf. Die Knötchen selbst sind von derber Konsistenz, blaßroter Farbe und leicht glänzend. An jenen Stellen, an denen die Knötchen besonders dicht gestellt sind, erscheinen dieselben bei Spannung der Haut reihenweise, perlschnurartig angeordnet. Die Längs- sowie die Querfelderung der Haut ist außerordentlich stark ausgeprägt. Die Haare sind beiderseits stark vermindert, auffallend trocken, und an einzelnen Stellen sind abgebrochene Haarstümpfe sichtbar. Die Follikel erscheinen erweitert. Die Affektion reicht beiderseits 2—3 cm in die unbehaarte Umgebung hinaus und ist begrenzt von der vorderen und hinteren Axillarlinie.

Auch im Bereiche der Areolae mammarum erscheinen die Follikel deutlich erweitert. Der Mons veneris zeigt außer dem virilen Behaarungstypus keine Veränderung, ebenso o. B. ist das Genitale.

Fall 2. Anamnese: 40 Jahre alte, seit 7 Jahren verheiratete Patientin H. M. klagt seit 1 Jahr über starken Juckreiz, der vor der Menstruation sich ins unerträgliche steigert, hingegen während der Menstruation wieder an Intensität abnimmt. Schon seit einigen Jahren besteht starke Nervosität. Der intensive Juckreiz beschränkt sich bei ihr nicht nur auf die Achselhöhlen, sondern trat später auch an beiden Brüsten sowie am Genitale auf. Auch hier Steigerung des Juckreizes vor der Menstruation. Ebenso ist bei Gemütserregungen vermehrtes Jucken vorhanden. Erste Menses mit 20 Jahren, alle 3 Wochen, von 7—8tägiger Dauer. Keine Kinderkrankheiten. Mit 20 Jahren Chlorose. Familienanamnese belanglos, bisher ohne Behandlung.

Status praesens: Schlanke, in ihrem Ernährungszustand etwas herabgekommene Person, mit dunkler Haarfarbe.

Sowohl rechte wie linke Axilla sind erfüllt von zahlreichen stecknadelkopfgroßen Knötchen mit kegelförmiger Gestalt und im allgemeinen blaß-

Digitized by Google

roter Farbe. Die Knötchen erscheinen in Reihen angeordnet, die Haut ist beiderseits leicht pigmentiert und zeigt eine starke Längs- und Querfelderung sowie ein chagriniertes Aussehen. Beide Achselhöhlen sind sehr schwach behaart und lassen bei genauer Beobachtung auch abgebrochene Haarstümpfe erkennen. Die Schweißsekretion ist über die Norm gesteigert. Auch in der Umgebung der Brustwarzen, im Warzenhof und darüber hinaus, links mehr als rechts, finden sich teils halbkugelige, teils spitzere Knötchen mit deutlicher zentraler Eindellung. Die Außenseiten beider großen Schamlippen weisen ebenfalls je 5—6 etwas flachere papelähnliche Effloreszenzen von lebhaft roter Farbe auf. Behaarungstypus am Genitale normal, während beide Unterschenkel eine starke Behaarung aufweisen.

Anamnestisch ist beiden mitgeteilten Fällen gemeinsam: 1. die zuerst durch lange Zeit hindurch bestehende Nervosität, 2. das Auftreten eines heftigen, gegen die Zeit der Menstruation zu fast unerträglichen Juckreizes, und dann 3. erst das Auftreten der klinisch typischen Veränderungen des Fox-Fordyce. Es stimmt diese Reihenfolge im Auftreten der Symptome des Fox-Fordyceschen Krankheitsbildes mit der Angabe von *Boelstra* überein, der auf Grund von 22 Fällen in der Literatur behauptet, daß das Leiden nur bei sehr nervösen Patienten vorkommt. Mit der Ansicht von *Wichert*, *Wertheimer*, *Haase*, *Whietfield*, *Boelstra*, *Frank-Crozer-Knowles* u. a. stimmt in beiden mitgeteilten Fällen überein, daß der für das Krankheitsbild charakteristische intensive Juckreiz dem knötchenförmigen Ausschlag vorangeht. Die Schweißsekretion war in beiden Fällen eine nur wenig vermehrte. Sie trat nur lokal in Erscheinung. Eine verstärkte Sekretion vor Auftreten des Krankheitsbildes, worüber *Walther* berichtet, bestand nicht. Die von *Fischer*, *Löwenberg* und *Schönstein* gemachte Beobachtung, daß der Juckreiz bei Gemütserregungen sich steigert, trifft in dem zweiten mitgeteilten Falle ebenfalls zu. Für die Annahme einer Rassendisposition *(Goodmann, Pick)* liegt bei unseren beiden Patientinnen kein Grund vor.

Zur histologischen Untersuchung wurden Gewebsstücke, welche der Achselhöhle entnommen sind, verwendet. Nach Fixierung in Müller-Formol und Paraffineinbettung Anlegung von zahlreichen Schnitten. Die histologische Untersuchung ergibt:

Fall I: Geringe Zunahme der Hornschichtbildung mit Verlängerung der Reteleisten, also hyper- und akanthotische Vorgänge. In den ziemlich vergrößerten Kutispapillen ein reichliches Infiltrat. Dasselbe ist fast ausschließlich aus lymphozytären Elementen gebildet; zwischen demselben findet sich eingestreut ein teils in Schollen, teils aber in feinsten Krümelchen

Digitized by Google

angeordnetes Pigment. In der Kutis selbst Infiltrate von nicht sehr mächtiger Entwicklung, vorwiegend strangförmig aufgebaut und dem Verlauf der Gefäße entsprechend. Ganz in der Tiefe des exzidierten Gewebsstückes sieht man reichlich apokrine Drüsen in den verschiedensten Stadien der Sekretion. Daneben finden sich Hohlräume (siehe Abb. 1), die von einem plattgedrückten Epithel bekleidet sind und als Inhalt eine blaßrot gefärbte homogene Masse aufweisen. Es handelt sich also um zystenartige Bildungen, die offenbar durch Sekretstauung zu-

Abb. 1. Fall I. Rechts apokriner Drüsenschlauch, links zystisch erweiterte Schweißdrüsen.

stande kommen, wobei es durch Druck zu einem Abplatten des auskleidenden Epithels gekommen ist.

Fall II: Histologisch ist die Hornschicht stellenweise verdickt, teilweise auch abgehoben. Im Rete Malpighi der Zellverband leicht gelockert. Basalzellenschichte ohne Besonderheiten. Die interpapillären Reteleisten etwas in die Länge gezogen.

Die Papillarschicht der Kutis der Verlängerung der interpapillären Retezapfen entsprechend sehr schmal, aber von beträchtlicher Höhe. Die Hauptmasse der pathologischen Veränderungen ist vor allem um die Follikel lokalisiert. Dort findet man entzündliche Infiltrate, welche den Follikel vollständig umgeben, also eine ausgesprochene Follikulitis und Perifollikulitis.

Digitized by Google

Die Infiltratzellen selbst sind fast ausschließlich einkernige runde Zellen vom Typus der Lymphozyten (siehe Abb. 2). Dieses entzündliche Infiltrat findet sich aber nicht ausschließlich um die Follikel, sondern es geht stellenweise weit in die Tiefe. Vor allem sind die Nester der apokrinen Schweißdrüsen, die im Schnitt in sehr reichlicher Menge nachweisbar sind, von dem gleichen Infiltrat umschlossen. Bei reichlicher Zunahme des Infiltrates kommt es sogar zu zirkumskripten, rundlichen Anhäufungen der beschriebenen zelligen Elemente (siehe Abb. 3).

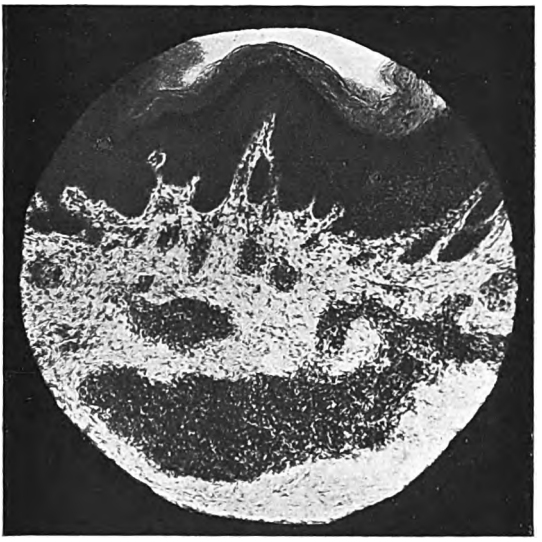


Abb. 2. Fall II. Reichliches Infiltrat teils im Papillarkörper, teils im Stratum retikulare der Cutis.

Außerdem finden sich die Infiltrate um die Gefäße der Kutis, und zwar vor allem im subpapillären Netz. Sie bilden dort entweder runde Herde oder auch längere streifenförmige Infiltrate, die oft miteinander zusammenhängen je nach der Richtung, wie sie im Schnitt getroffen sind. An Stellen, in denen der Prozeß weiter fortgeschritten ist, findet sich dann auch unterhalb des subpapillären Netzes ein wenn auch nicht sehr reichliches Infiltrat massiger als im Papillarkörper und in den oberflächlichen Kutisschichten. Weiterhin verdient noch die Tatsache hervorgehoben zu werden, daß sich gerade in der subpapillären Schicht ziemlich reichlich ein helles Pigment findet.

Was die *therapeutische Beeinflußbarkeit* des Leidens anbelangt, so sei darauf verwiesen, daß die verschiedensten Be-

Digitized by Google

handlungsmethoden in manchen Fällen wohl eine Besserung erzielen, im allgemeinen jedoch das Fox-Fordycesche Krankheitsbild jeder Therapie refraktär zu sein scheint und diese Tatsache in vielen Fällen als diagnostisches Hilfsmittel verwendet wird. Die beiden erwähnten Fälle wurden ausschließlich der Röntgentherapie ohne sonstige lokale Behandlung zugeführt. Die erste Patientin erhielt links 4, rechts 3 Bestrahlungen mit je 2 H gefiltert durch 0,5 mm Al einer mittelharten Röntgenstrahlung in entsprechenden Intervallen verabreicht. Schon nach der zweiten Bestrahlung war der Juckreiz vermindert, und 3 Monate nach Beginn der Behandlung war die Patientin subjektiv

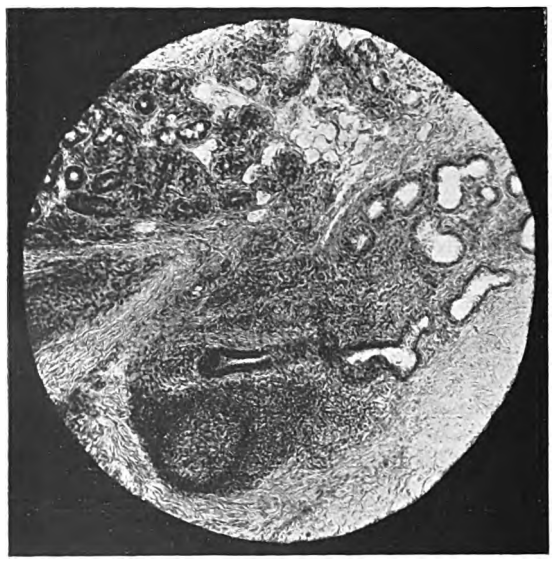


Abb. 3. Fall II. Lymphozytäres Infiltrat in der Region der Schweißdrüsen.

vollkommen frei von den früheren Beschwerden, und objektiv waren keine Knötchen mehr nachweisbar. Auch die früher immer 14—16 Tage dauernden Menses sind vollkommen regelmäßig und nur mehr von viertägiger Dauer. Beim zweiten Fall wurde durch die auf gleiche Weise durchgeführte Röntgentherapie ein Rückgang der klinischen Erscheinungen und Verminderung des Juckreizes beobachtet. Unmittelbar vor sowie während der Menstruation blieb jedoch der Juckreiz immer noch gesteigert. Völlige Beschwerdefreiheit konnte im zweiten Falle mit Röntgen nicht erzielt werden. In der Literatur werden verschiedene Behandlungsmethoden empfohlen. *Goodmann* erzielte

Digitized by Google

Besserung durch Kohlenbogenlicht und Kaltkaustik, *Pick* durch Verabfolgung von Ovarialpräparaten, *Gelbjerg* durch Steinkohlenteer, Autohämotherapie, *Sack jun.* durch psychische Behandlung.

Literaturverzeichnis.

Ben, Frühjahrstagung der Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen in Essen, 16. Mai 1926. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 21. 1927. S. 45. — *Chargin,* Fox-Fordyce disease. Arch. of dermatol. a. syphilol. Bd. 13. 1926. S. 717. — *Chorazak,* Fox-Fordycesche Krankheit. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 23. 1927. S. 631. — *Gelbjerg-Hansen,* Dänische dermatol. Ges. Sitzung v. 6. April 1927. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 23. 1927. S. 514. — *Goodmann, Hermann,* The Fox-Fordyce syndrome. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 21. 1927. S. 717. — *Hinze,* Derm. Wschr. Bd. 84. 1927. S. 621. — *Hirschfeld, R.,* Derm. Wschr. Bd. 82. 1926. S. 221. — *Jersild, O.,* Verhandl. d. dän. derm. Ges. 1925/26. 193. Sitzung. Ref. derm. Wschr. Bd. 84. 1927. S. 451. — *Jung,* Fox-Fordycesche Erkrankung. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 23. 1927. S. 642. — *Kall,* Nürnberger derm. Ges. Sitzung vom 7. Oktober 1925. Ref. Derm. Wschr. Bd. 82. 1926. S. 580. — *Lenz, A.,* Zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Erkrankung. Derm. Wschr. Bd. 83. 1926. S. 1627. — *Löwenberg, Max,* Ein Beitrag zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Erkrankung. Derm. Wschr. Bd. 83. 1926. S. 1361. — *Müller,* Versammlung südwestdeutscher Dermatologen in Frankfurt a. M. 13. u. 14. November 1926. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 22. S. 29. — *Nardelli,* Die Fox-Fordycesche Dermatose. Ref. Derm. Wschr. Bd. 84. 1927. S. 306. — *Netherton, E. W.,* Bericht über einen Fall von Fox-Fordyce vergesellschaftet mit Hyperthyreoidismus. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 21. 1927. S. 297. — *Pick, W.,* Pathogenesis of Fox-Fordyce disease. Ref. Derm. Wschr. Bd. 83. 1926. S. 1614. — *Rejsek, Bohumir,* Fall von Morbus Fox-Fordyce. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 20. 1926. S. 878. — *Rusin,* Ein Fall von Fox-Fordycescher Krankheit. Ref. Derm. Wschr. Bd. 83. 1926. S. 1694. — *Sachs,* Wien. derm. Ges. Sitzung vom 10. Dezember 1925. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 82. 1926. S. 721. — *Sack,* jun., Disk. zu Müller, Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 22. 1927. S. 29. — *Schönstein, A.,* Ein Fall von Fox-Fordycescher Erkrankung. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 22. 1927. S. 477. — *Türk, Norbert,* Zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Krankheit beim männlichen Geschlecht. Derm. Wschr. Bd. 84. 1927. S. 326. — *Wichert,* Fox-Fordycesche Krankheit oder Neurodermitis. Frankfurter derm. Vereinigung, Sitzung vom 10. Juni 1926. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 22. 1927. S. 309.

Die übrigen Literaturangaben finden sich unter „Ergebnisse" von *H. Fischer* im Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 20. 1926. S. 1.

Digitized by Google

II.

(Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin [Dirig. Arzt: Prof. Dr. *A. Buschke*].)

Über die Beziehungen zwischen tertiärer Lues und Nervenlues auf Grund von Liquoruntersuchungen.

Von

BENJAMIN LEVIN

aus Kaunas (Litauen).

Alle Untersuchungen, die sich mit den Veränderungen des Liquor cerebro-spinalis in den verschiedenen Stadien der Lues beschäftigen, gehen schließlich auf das eine hinaus: das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein von Beziehungen zwischen den luetischen Haut-, Schleimhaut- und Knochenerscheinungen und dem erkrankten Liquor bzw. dem Auftreten von syphilogenen Spätnervenerkrankungen zu ergründen.

Über den Zusammenhang zwischen klinischen Symptomen und pathologischen Liquorveränderungen bei Lues I besteht noch keine volle Klarheit. Wir weisen auf die Arbeiten von *Hauptmann, Nonne, Fleischmann* hin.

Über die Häufigkeit der Liquorveränderungen bei Lues I gehen die Angaben der verschiedenen Autoren (*Rost, Fleischmann, Dreifuß, Leyberg, Andru* et *Lavant*) auch weit auseinander.

Eindeutiger liegen die Resultate bei der sekundären Lues. Liquorveränderungen sind in 60—70% der untersuchten Fälle mit manchmal sogar starken Hautreaktionen gefunden worden (*Wille* und *Stockes, Schönfeld, Fleischmann, Leyberg*).

Wie oft sind nun Liquorveränderungen bei der tertiären Lues, besonders in solchen Fällen, wo gleichzeitig auch Haut-, Schleimhaut- und Knochenerscheinungen vorhanden sind, zu verzeichnen?

Eine ganze Anzahl von Autoren (*Cornaz, Gennerich, Königstein* und *Goldberger, Leyberg, Ravaut, Schönfeld* u. a.), die relativ selten Liquorveränderungen bei Tertiärsyphilitikern mit Haut-, Schleimhaut- und Knochenerscheinungen beobachteten,

Digitized by Google

vertreten die Meinung, daß ein Antagonismus zwischen diesen Erscheinungen und den Liquorveränderungen bzw. dem Auftreten von Nervenerkrankungen in solchen Fällen besteht. Die Arbeiten der letzten Jahre auf diesem Gebiete (*Finger* und *Kyrle*, *Arzt* und *Fuhß*, *Fleischmann*, *Kohrs*, *Prokoptschuk* u. a.), die über ein größeres Untersuchungsmaterial aussagen sowie häufige Liquorveränderungen verzeichnen, lehnen die obige Behauptung, wenn auch nicht vollkommen, an der Hand ihrer Beobachtungen ab.

Diese Autoren fanden Liquorveränderungen in 40—50% der untersuchten Fälle. Diese Abnahme gegenüber der sekundären Lues erklären *Arzt* und *Fuhß* u. a. damit, daß dem allergischen Hautzustand im Stadium der Gummenbildung auch eine Auswirkung auf das Zentralnervensystem im Sinne einer spirochätenfeindlichen Terrainveränderung zuzukommen scheint.

Die Ergebnisse der Literatur zusammenfassend, sehen wir, daß zwei Gruppen von Autoren mit fast völlig gegensätzlichen Meinungen sich gegenüberstehen. Das Material ist aber nicht gleichmäßig verteilt. Die hier erwähnten Autoren, die ohne weiteres ein Bestehen eines Antagonismus zwischen den tertiärluetischen Haut-, Schleimhaut- und Knochenerscheinungen einerseits und den Liquorveränderungen bzw. den Zentralnervensystemerkrankungen andererseits annehmen, beobachteten insgesamt 150 Fälle mit 21 positiven Liquores. Viel mehr, und zwar 950 Fälle mit 327 positiven Liquores, beobachtete die zweite Gruppe von Autoren, die den oben genannten Satz nicht ohne weiteres gelten lassen wollen.

Uns standen zur Verfügung 40 Fälle mit tertiär-luetischen Manifestationen an der Haut und an den Schleimhäuten.

Da nicht nur von neurologischer, sondern auch von dermatologischer Seite (*Stern*, *Jonitzescu*, *Galuschesku*, *Smidts* zit. *Kohrs*) darauf hingewiesen worden ist, daß auch Gonorrhoiker ohne Lues und ohne klinische Nervenerscheinungen Veränderungen im Liquor aufweisen können, haben wir solche Fälle, wie auch Fälle mit Tuberkulose und sonstigen Infektionskrankheiten, unberücksichtigt gelassen.

Unser Material verteilt sich so: 20 Männer und 20 Frauen. Sämtliche Fälle zeigten tertiärluetische Erscheinungen (Gummi, ulcera) an der Haut, an der Schleimhaut oder am Knochen.

Wir verteilen die Fälle auf 2 Gruppen. Zur ersten gehören diejenigen, die bis zur Diagnostizierung der jetzigen Erkrankung nie vorher antisyphilitisch behandelt waren. Darauf entfallen

Digitized by Google

19 Fälle. Der Liquor wurde auf die Pandy-, Nonne-, Sublimat-, Siliquidreaktion, Wassermannreaktion, Goldsolreaktion und Mastixreaktion untersucht. Auch auf zellige Bestandteile ist untersucht worden.

Tabelle I.

Unbehandelte Fälle.

Gesamtzahl der Fälle: 19.

Liquor negativ:	Liquor positiv:
9	10 und 2 schwach
Klinische Nervensymptome zeigten:	
1	7

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß von den 19 Fällen 10 ausgesprochen veränderten Liquor und 2 je eine positive Globulinreaktion (was wir als schwach-positiv bezeichnen) aufweisen. In 3 Fällen war eine deutliche, in 1 Falle eine fragliche Lues cerebri zu diagnostizieren. In 3 weiteren Fällen waren einzelne klinische Nervensymptome zu finden, und in noch 3 Fällen war der neurologische Befund trotz veränderten Liquors negativ.

In der zweiten Gruppe, die aus 11 Männern und 10 Frauen bestand, zeigten auch sämtliche Patienten tertiärluetische Haut-, Schleimhauterscheinungen. Alle Patienten sind aber im Laufe der Erkrankung meist mehrmals behandelt worden.

Tabelle II.

Behandelte Fälle.

Gesamtzahl der Fälle: 21.

Liquor negativ:	Liquor positiv:
12	9 und 1 mal schwach
Klinische Nervensymptome zeigten:	
—	7

In dieser Gruppe finden wir 9 mal veränderten Liquor und einmal mit einer positiven Pandyreaktion.

Neurologisch sind folgende Befunde erhoben worden: Von den 9 Patienten mit verändertem Liquor leiden 3 an einer Lues cerebri, 1 Patient an einer Lues cerebrospinalis; bei 3 weiteren sind einzelne klinische Nervensymptome zu erheben. 2 Patienten zeigen trotz veränderten Liquors neurologisch gar nichts.

Die Behandlungsweise liegt hier folgendermaßen: in zwei Fällen mit verändertem Liquor sind die betreffenden Patienten nicht mit Salvarsan behandelt, sondern es sind einmal nur eine

Digitized by Google

Schmierkur und einmal eine Schmierkur, mit Bi kombiniert, durchgeführt worden.

In weiteren 5 Fällen, in denen die Patienten 2—4 Kuren im ganzen durchgemacht haben, ist mit Salvarsan bzw. mit Salvarsan kombiniert behandelt worden; bei einem weiteren Fall ist 1915 nur eine Salvarsankur gemacht, und bei noch einem, bei dem erst, als tertiärluetische Hauterscheinungen auftraten, die Lues diagnostiziert und behandelt wurde, ist schon die erste Kur (Ns + Hg) nicht zu Ende gemacht worden.

Aus den angeführten relativ recht kleinen Zahlen geht hervor, daß die unbehandelten Patienten bei den Liquorveränderungen sogar etwas stärker beteiligt sind als die behandelten, was unter anderen auch *Fleischmann* und andere Autoren beobachtet haben.

Bei den unbehandelten Patienten handelt es sich meistens um ältere Personen (zwischen 50—65 Jahren). Die Zeit der Infektion ist zwar unbekannt; aber unter Berücksichtigung des Alters der Patienten kann man mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß dieselbe weit zurückliegt. Die behandelten Patienten wieder, die Liquorveränderungen und klinische Nervenerscheinungen aufweisen, haben großenteils die Infektion erst 2—6 Jahre hinter sich; bei der Hälfte der Fälle wenigstens ist es so. Diese Fälle sind entweder kombiniert oder nur mit Salvarsanpräparaten behandelt worden. Man bekommt hier den Eindruck, als ob die Komplikationen seitens des Nervensystems bei den Patienten, die mit Salvarsan oder mit Salvarsan kombiniert behandelt wurden, früher in Erscheinung treten, als dies bei den unbehandelten Patienten der Fall sei. Auch von anderer Seite ist auf diese Erscheinung hingewiesen worden. An einer Stelle meint *Langer:* „Es muß wohl allgemein als feststehend zugegeben werden, daß schwere Neurolues fälle jetzt (d. h. seit Einführung der modernen Salvarsanbehandlung) frühzeitiger auftreten, als es früher üblich war." An anderer Stelle sagt derselbe Autor: „Es ist eine feststehende klinische Tatsache, daß seit Einführung des Salvarsans der Ablauf der Syphilisstadien gewissermaßen beschleunigt wurde." Ebenso meint *Spitzer*, der eine große Zahl von Fällen beschreibt und die Folgen der Behandlung in der Vorsalvarsanzeit und die der jetzigen modernen Behandlung vergleicht, daß die Komplikationen seitens des Nervensystems schneller und vielleicht auch häufiger in der Jetztzeit auftreten.

Digitized by Google

Das relativ häufige Vorkommen von Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Liquorveränderungen gleichzeitig mit tertiärluetischen Affektionen an der Haut und an den Schleimhäuten läßt auf Beziehungen zwischen denselben schließen; wir können in dieser Frage mit *Fleischmann* übereinstimmen, daß eine luetische Erkrankung eines Organs die Erkrankung eines anderen oft keineswegs ausschließt. Vor allem in bezug auf Hautnervensystem. Es ist in ähnlicher Weise auch von *Finger* darauf hingewiesen worden.

Nach unserem Material zu urteilen, ist das gleichzeitige Vorkommen von Liquorveränderungen ohne klinische Nervenerscheinungen mit tertiärluetischen Haut-, Schleimhautmanifestationen selten. Das hängt vielleicht damit zusammen, daß von den Patienten mit tertiärer Syphilis, die über keine klinischen Nervenerscheinungen klagen, bis jetzt nur die wenigsten punktiert wurden, sonst hätte man diese wahrscheinlich genau so häufig gefunden wie Erkrankungen des Zentralnervensystems mit gleichzeitiger Haut- und Schleimhautlues.

Die Tatsache, daß die Liquorveränderungen bzw. Zentralnervenerkrankungen gleichzeitig mit luetischen Hautaffektionen auftreten, läßt denken, daß dieselben von einer Ursache bedingt sind, und „wahrscheinlich werden die neuroluischen Erkrankungen in der Zukunft als modifizierte Formen vulgärer (Spät)lues aufzufassen sein" (*Buschke*).

Zusammenfassend können wir sagen: Liquorveränderungen kommen gleichzeitig mit tertiärluetischen Haut-, Schleimhaut- und Knochenerscheinungen nicht selten vor. Mit anderen Worten: eine starke Hautreaktion schützt den Patienten nicht immer vor den spätluetischen Nervenerkrankungen.

In einer großen Zahl der Fälle sind die Liquorveränderungen mit dem Auftreten von klinischen Nervenerscheinungen (von Lues cerebri bis zu einzelnen klinischen Nervensymptomen) verbunden.

Da diese Erscheinungen mit den tertiärluetischen Haut-, Schleimhautaffektionen gleichzeitig auftreten, kann man vielleicht annehmen, daß sie wahrscheinlich von einer Ursache bedingt sind.

Daß die unbehandelten Fälle eine etwas größere Zahl von Liquorveränderungen als die behandelten aufweisen, was auch *Fleischmann* beobachtete, weist doch auf den Einfluß der vorangegangenen Behandlung hin.

Digitized by Google

Daß aber die Mittel für den Patienten nicht gleichgültig sind, zeigt folgende Tatsache. In der Gruppe der behandelten Patienten, besonders bei denjenigen, die eine Salvarsan- oder eine mit Salvarsan kombinierte Kur bzw. mehrere Kuren durchgemacht haben, scheint es, als ob die Komplikationen seitens des Liquors bzw. des Zentralnervensystems, früher in Erscheinung treten, wie auch der Stadienverlauf im ganzen bei diesen Syphilitikern beschleunigter ist als bei den unbehandelten.

Literaturverzeichnis.

Andru et *Lavant*, Ann. de Derm. 1914. Nr. 1. — *Arzt*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1921. Bd. 3. H. 7. S. 431. — *Arzt, L.*, und *Fuhß, H.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1924. Bd. 48. S. 252. H. 1. — *Dieselben*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1927. Bd. 153. S. 227. — *Beeson B. Barker*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. Bd. 6. H. 5/6. S. 298. — *Buschke, A.*, Im Lehrbuch v. Riecke. Jena 1923. — *Cornaz, G.*, Korr.-Bl. f. schweiz. Ärzte. 1918. H. 47. S. 1584. — *Feldmann, W.*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1926. Bd. 18. H. 9/10. S. 654. — *Finger, E.*, Wiener kl. Wschr. 1927. Nr. 14/15. — *Finger* und *Kyrle*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1922. Bd. 138. H. 1. S. 41. — *Fleischmann*, Dtsch. Ztschr. f. Nerv. 1921. Bd. 70. H. 4/6. S. 177. — *Gennerich*, Die Liquorveränderungen in den einzelnen Stadien der Syphilis. Berlin 1913. — *Franzisceк, Walter*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1923. Bd. 9. H. 8. S. 402. — *Göhrisch*, Dtsch. Ztschr. f. Nerv. Bd. 82. S. 339. — *Hansen, Olav*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1921. Bd. 1. H. 1/2. S. 73. — *Kagawa Testuwo*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1923. Bd. 142. S. 398. — *Kindl*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. Bd. 1. H. 8. S. 398. — *Kohrs, Th.*, Derm. Ztschr. 1920. H. 1. S. 30. — *Derselbe*, Derm. Ztschr. 1921. H. 2/3 S. 71. — *Königstein* und *Goldberger*, Wiener med. Wschr. 1917. H. 17. S. 381. — *Kyrle*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1921. Bd. 131. H. 1. S. 64. — *Langer, E.*, Med. Kl. 1927. Nr. 22. — *Leyberg, J.*, Derm. Wschr. 1923. Bd. 76. H. 3. S. 53. — 1927. Nr. 22. — *Leyberg, J.*, Derm. Wschr. 1923. Bd. 76. H. 3. S. 53. — *Mietling, H.*, Derm. Ztschr. 1925. Bd. 43. H. 3/4. S. 180. — *Nast, O.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1921. Bd. 131. S. 244. — *Nordmann, G.*, Derm. Wschr. 1924. Bd. 78. H. 3/4. — *Prokoptschuk, A.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1926. Bd. 150. S. 61. — *Rall, Ch. R.*, Ref. Derm. Ztrlbl. 1915. H. 12. S. 188. — *Ravaut*, Ann. de Derm. et de Syph. 1904. T. 5. S. 1057. — *Nonne, M.*, Syphilis und Nervensystem. Berlin 1924. 5. Aufl. — *Rost, G. A.*, Derm. Ztschr. 1916. H. 3/4. S. 147. — *Schönfeld, W.*, Derm. Wschr. 1919. Bd. 68. H. 17. S. 260. — *Spitzer, L.*, M. med. Wschr. 1927. Nr. 15. S. 636. — *Stümpke, G.*, Derm. Wschr. 1919. H. 45. S. 715. — *Udo I. Wile* und *I. H. Stockes*, Derm. Wschr. 1914. Nr. 37/39.

Digitized by Google

III.

(Aus der Universitäts-Hautklinik Bonn
[Dir. Prof. *E. Hoffmann*].)

Kopfhalter als Zusatzgerät zur Kromayer-Quarzlampe.

Von

G. H. KLÖVEKORN,
Assistent der Klinik.

Bei der Distanzbestrahlung der Erkrankungen des behaarten Kopfes mit der Kromayer-Quarzlampe besteht der Übelstand, daß der Patient die Entfernung und Stellung seines Kopfes unbewußt ändert, zumal wenn ihm während der Be-

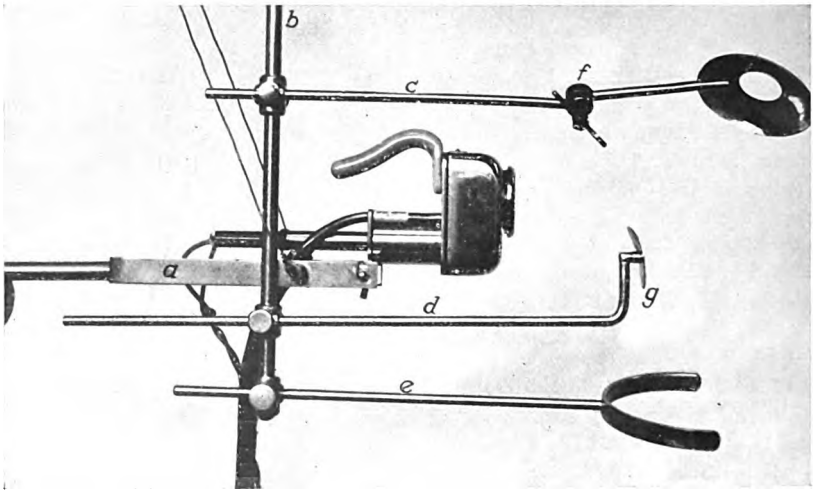


Abb. 1.

strahlung des Gesicht zum Schutz der Haut und der Augen mit einem Tuch verbunden wird. Eine ständige Beaufsichtigung während der Bestrahlung ist bei dem Personalmangel heutzutage sowohl der Klinik wie auch dem Praktiker kaum möglich. Auf Grund dieser Erfahrung verwenden wir seit einem Jahre mit gutem Erfolg das im folgenden beschriebene Gerät (s. Abb. 1).

Digitized by Google

Auf der Halteschiene *a* der Kromayer-Quarzlampe ist der runde Metallstab *b* befestigt. Die Teile *c*, *d* und *e* sind sowohl um den Stab *b* wie auch um ihre eigene Achse drehbar und lassen sich in der Entfernung von *b* beliebig verstellen. Der Entfer-

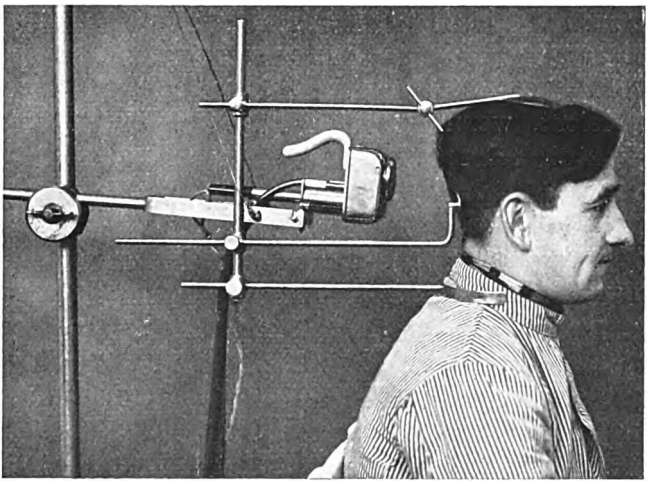


Abb. 2.

nungsmesser *d* trägt eine Zentimetereinteilung, die so gearbeitet ist, daß, wenn z. B. die Zahl 10 an dem Schnittpunkt mit *b* steht, die distale Scheibe *g* 10 cm von der äußeren Scheibe der Quarzlampe entfernt ist. Abb. 2 zeigt den Kopfhalter im Gebrauch. Hersteller: Feinmechanische Werkstätten *te Poel*, Bonn. (D. R. G. M. angemeldet.)

IV.

Diathermie bei Harnröhrenkarunkeln das Mittel der Wahl.

Von

Dr. JEAN und Dr. ELSA KOTTMAIER,

Mainz.

Harnröhrenkarunkeln sind eine Plage für Patienten und Ärzte. Nicht nur, daß diese reichlich vaskularisierten und sehr empfindlichen Tumoren seelisch-nervöse Beschwerden auslösen oder sie bei den oft bereits unter klimakterischen Erscheinungen leidenden Frauen durch die mit jeder Urinentleerung, jedem

Digitized by Google

Koitus verbundenen Schmerzen steigern und die Kranken durch die leicht auszulösenden Blutungen ängstigen, bringen sie ihnen tatsächlich die Gefahr einer karzinomatösen Entartung. Aus dieser Möglichkeit allein würde sich schon die Notwendigkeit ihrer Entfernung ableiten, selbst wenn die subjektiven Leiden der Frauen uns nicht dazu zwingen würden. Und nun beginnen die Schwierigkeiten für den Arzt. Zwar ist die chirurgische Entfernung der Geschwülstchen mit Schere und Messer für gewöhnlich leicht, wenn bisweilen auch die Blutstillung nicht immer ganz einfach ist. Aber wie oft sieht man nicht bereits wenige Monate später Rezidive und dann meist in einem derart verstärkten Maße, daß die äußere Harnröhrenmündung von einer hochroten schwammig-weichen, zu Blutungen neigenden Geschwulstmasse erfüllt sein kann. Nun schreitet man lege artis zur Resektion des unteren Harnröhrendrittels. Was aber dann, wenn, wie im unten skizzierten Krankheitsfall, erneut Karunkeln auftreten? Man wird jetzt vielleicht seine Zuflucht zum Thermokauter nehmen und wird sich fragen dürfen, ob seine Tiefenwirkung nicht bereits schon anfänglich zweckmäßiger gewesen wäre, wie die bei Harnröhrenkarunkeln rein oberflächlich arbeitenden Messer und Schere. Allein es ist nicht nur das etwas Komplizierte des Verfahrens bei der Paquelinisierung; es ist gewiß auch das seelisch den Patienten Ängstigende, mit einem glühenden Instrument behandelt zu werden, welches der Arzt berücksichtigt, wenn er sich für das Messer entscheidet. Auch haften dem Thermokauter noch weitere Nachteile objektiver Natur an. Zunächst die Karbonisation der Gewebe als Folge der relativ hohen Temperatur von etwa 1500°. Dieses verkohlte Gewebe stellt einen schlechten Wärmeleiter dar und bildet so gar bald eine Schranke für die Tiefenwirkung des Thermokauters. Es treten dabei Vorgänge in Wirksamkeit ähnlich jenen des *Leidenfrost*schen Phänomens. Nach unserer Meinung müssen wir aber eine größere Tiefenwirkung fordern, wenn wir mit Aussicht Rezidiven von Harnröhrenkarunkeln vorbeugen wollen. Dazu kommt, daß der mit dem Thermokauter gesetzte Schorf infolge der Unvollkommenheit der Koagulationswirkung Neigung zu putridem Zerfall erkennen läßt. Man hat in der Therapie der Harnröhrenkarunkeln noch den Galvanokauter und die galvanokaustische Schlinge empfohlen. Sie besitzen gegenüber dem Paquelin den Vorteil der Einführungsmöglichkeit in kaltem Zustand, so daß nicht nur für den Patienten das ängstigende Moment wegfällt, sondern auch dem Arzt die Technik

Digitized by Google

vereinfacht wird. Trotzdem gehört eine gewisse Routine dazu, die betreffenden Instrumente bei ihrer starken Neigung zur raschen Abkühlung in den Geweben gleichmäßig in Rotglut zu halten, so daß es gelingt, die Instrumente von den Geweben zu lösen, ohne den gesetzten Schorf abzureißen und dadurch Blutungen hervorzurufen, welche gerade bei den gefäßreichen Harnröhrenkarunkeln nicht immer unbedeutend sind. Dabei ist auch die Tiefenwirkung, welche wir als wesentlich ansehen, beim Thermokauter zu gering. Angesichts dieser Mängel und der unverkennbaren Voreingenommenheit vieler Chirurgen gegen jedes mit dem Messer konkurrierende physikalische Heilverfahren ist es zu erklären, wenn auch bei der Crux der Harnröhrenkarunkeln das schneidende Messer trotz der häufigen Beweise von Unzulänglichkeit in Gestalt von Rezidiven seine auch bei sonstigen Leiden vielfach unbegründete Vorherrschaft behauptete, weil die etwas umständlicheren Methoden der Paquelinisierung und Elektrokaustik mit ihren zwar etwas besseren, aber immer noch nicht durchaus befriedigenden Resultaten sie praktisch nicht zu erschüttern vermochten. Daß das Messer in der Therapie der Harnröhrenkarunkeln aber noch nicht durch eine so ideale Methode wie die operative Diathermie verdrängt ist, liegt wohl mit an der Notwendigkeit einer besonderen Apparatur; die Hauptschwierigkeit gegen die Ausbreitung der Diathermie überhaupt wie der operativen Diathermie im besonderen dürfte in einer gewohnheitsmäßigen präjudizierenden Haltung begründet sein, die zu bekämpfen es vor allem an Hochschullehrstätten fehlt.

Die operative Diathermie gestattet unter Verwendung eines geeigneten Bestecks wie bei vielen chirurgischen Erkrankungen, so auch bei den Harnröhrenkarunkeln ihre bequeme und gründliche Heilung und bietet das Höchstmaß an Garantie gegen Rezidive durch Entfaltung einer Tiefenwirkung, welche, genau lokalisierbar, mit keiner anderen Behandlungsmethode gleich sicher und gefahrlos zu erzielen ist. Der durch Diathermie erzielte Schorf ist weich und leitend, weil die ihn erzeugende Temperatur von 70—80° wohl zur Koagulierung, nicht aber zur Verkohlung der Gewebe führen kann. Während die Karbonisierungszone des Paquelinschorfes nur eine unbedeutende stimulierende Unterschicht besitzt, findet sich unter dem Diathermieschorf zwischen Koagulationszone und normalem Gewebe eine beträchtliche eliminatorische Schicht. Diese bietet die Grundlage für eine rasche Heilung, deren Eleganz kosmetisch durch

Digitized by Google

die vielseitige Auswahlmöglichkeit zweckentsprechender Operationselektroden im Einzelfall gefördert werden kann. Die Technik der operativen Diathermie als solche, deren elektrische Grundlage vorausgesetzt werden darf, ist meist sehr einfach und völlig gefahrlos. Wir bedürfen dazu einer größeren, indifferenten Elektrode — wir benutzen bei Harnröhrenkarunkeln beispielsweise das Anschlußblech — und eine den jeweiligen lokalen Verhältnissen angepaßte, ungleich kleinere, aktive Operationselektrode von der Form einer Nadel, eines Knöpfchens oder eines kleinen Messers. Nun kann man sich in aller Ruhe eine der zu behandelnden Stellen des anästhesierten Gewebes aussuchen, die Operationselektrode administrieren und dann den Strom einschalten lassen oder vermittels eines Fußkontaktes selbst einschalten. Die Stromstärke wird höchstens bis 0,5 Ampère gewählt, da wir ja einzig eine gleichmäßige Koagulation des zu beeinflussenden Gewebes und nicht seine Karbonisierung erstreben. Unter dieser Voraussetzung wird die Koagulationswirkung in die Tiefe vornehmlich durch die Dauer des Stromflusses bedingt. Die Vorgänge im Innern des zwischen die beiden Elektroden geschalteten Körperabschnittes laufen derart ab, daß bei Stromschluß eine pyramidenförmige Anordnung von Stromlinien im Körperinneren entsteht, deren Basis der Größe und Form der indifferenten Elektrode, deren Spitze der aktiven Operationselektrode entspricht. Beim Stromeintritt durch die Operationselektrode verlaufen die Stromlinien in ihr derart dicht gedrängt, daß sich Joulesche Wärme in ihr entwickelt, welche sich auf das dieser Elektrode anliegende Gewebe (die Harnröhrenkarunkel) überträgt und es so koaguliert. Es ist klar, daß die Dichte der Stromlinien, d. h. also die für jeden Querschnitt der Strompyramide in ihrer Summe gleichbleibende Intensität sich um so mehr auf die Flächeneinheit verteilt und so nur eine immer geringere Wirkung auf das Gewebe auszuüben vermag, je weiter der gedachte Querschnitt von der Pyramidenspitze (der aktiven Operationselektrode) entfernt ist, bzw. je näher er der Pyramidenbasis liegt. Wenn oben davon die Rede war, daß die Tiefenwirkung der (operativen) Diathermie vornehmlich eine Funktion der Dauer des Stromflusses sei, so verstehen wir nun ohne weiteres, daß auch die Größe der indifferenten Elektrode einen wesentlichen Anteil daran haben muß. Es ist einleuchtend, daß, je kleiner diese Elektrode ist, um so steiler werden die Stromlinien von der Pyramidenspitze nach der Basis ziehen, um so größer wird der Intensitätsanteil der Flächeneinheit im

Digitized by Google

Querschnitt bleiben, weil die Stromlinien durch dessen der Pyramidenbasis entsprechende geringere Größe mehr zusammengehalten werden. Unter diesen Verhältnissen wird die Joulesche Wärme noch in größerer Entfernung von der Operationselektrode den Grad der Koagulationstemperatur beibehalten, als wenn eine großflächige, indifferente Elektrode das Auseinanderstreben der Stromlinien begünstigt und damit in der Tiefe fortschreitend einen raschen Intensitätsabfall für die Flächeneinheit im Querschnitt ermöglicht.

Praktisch haben wir im Einzelfall die Technik der diathermischen Behandlung der Harnröhrenkarunkeln bei der Patientin, welche bereits wegen der gleichen rezidivierenden Krankheit eine Harnröhrenplastik ein Jahr zuvor über sich hatte ergehen lassen müssen — sie wurde von anderer Seite gemacht —, folgendermaßen vorgenommen: Die Patientin wurde auf dem Untersuchungsstuhl in Steinschnittlage gebracht, die zu behandelnde Gegend durch Infiltration anästhetisiert. Dann wurde die indifferente Elektrode unter das Gesäß gelegt und die Wirkung des Anästhetikums abgewartet. Sie läßt gegenüber der Wärmeempfindung deutlich länger auf sich warten, wie gegenüber dem schneidenden Messer. Da es sich um eine ererbte schwere Neurasthenie, verschlimmert durch die mannigfachen vergeblichen Versuche, die Patientin von dem Leiden zu befreien, welches auch ihr eheliches Leben trübte, handelte, schien uns weder die Einwirkung größerer Mengen von Anästhetizis noch die längere Dauer einer einmaligen Sitzung ganz unbedenklich, weshalb wir in Etappen vorgingen. Es gelang in vier Sitzungen, die ausgedehnten Wucherungen zu entfernen. Und heute, nach mehr wie einem Jahre, ist auch nicht die Spur eines Rezidivs zu erkennen. Das gesundheitliche Niveau der Patientin ist, soweit es ihre Erbanlage nur zuzulassen scheint, gehoben.

Wir haben diesen Fall von Harnröhrenkarunkeln als Beispiel gewählt, weil er von den zahlreichen diathermisch geheilten einschlägigen Kranken durch sein ausgedehntes Rezidivieren nach Harnröhrenplastik schlagend die Ohnmacht des Messers in seiner Oberflächenwirkung gegenüber der radikalen Tiefenwirkung der Diathermie, worauf ihr Heilwert bei Harnröhrenkarunkeln beruhen dürfte, beweist.

Digitized by Google

V.

Eine praktisch häufige Infektionsweise der Harnblase.

Von

Dr. med. ELSA KOTTMAIER,

Fachärztin für Hautkrankheiten in Mainz.

Es ist ethisch anzuerkennen, daß wir Ärzte in dem Sinne erzogen werden: „Praktisch am häufigsten sehen wir den Blasenkatarrh entstehen nach unreinlichen Katheterisieren." Diesen dem Lehrbuch der Gynäkologie von *v. Jaschke* und *Pankow* entnommenen Satz könnten wir auch fast jedem anderen einschlägigen Werke entlehnen. Nun soll dieser Auffassung selbstverständlich nicht im Prinzip widersprochen werden; ich möchte nur eine häufigere Infektionsmöglichkeit der Blase hervorheben, welche zumindest beim breiten Publikum keineswegs hinreichend gewürdigt wird, wie wir in der Praxis erfahren mußten. Diese alltägliche Infektionsmöglichkeit könnte in ihrer Banalität einem Teil der Ärzte zu selbstverständlich gewesen sein, um sie mit ihren Schutzbefohlenen zu besprechen. Es liegt aber nicht weniger nahe anzunehmen, daß der größere Teil der Ärzte gewissenhaft genug vor allem den oben zitierten Lehren glaubte, welche sie bzw. ihre Helfer mit der moralischen Verantwortung der Entstehung einer Blasenentzündung bei den Patienten mitbelastete. Unter dieser geistigen Voraussetzung mußte selbstredend eine Aufklärung der Kranken zwecklos und unerwünscht sein.

Ganz abgesehen davon, daß, man kann wohl sagen, die meisten blasenkranken Frauen niemals in ihrem Leben katheterisiert wurden, wird jeder, der die mehr oder weniger gezwungenen Erklärungsversuche einer „hämatogenen" Infektion der Blase kritisch betrachtet, bei aller Anerkennung dieser gewiß nicht gar so seltenen Infektionsmöglichkeit nicht von der Meinung kommen, daß, etwa um dieses ärztlichen Verantwortungsgefühles willen, das Nächstliegende zumindest nicht seiner Bedeutung entsprechend betont wurde.

Digitized by Google

Wir wissen, daß die Frau ungleich häufiger an Blasenentzündungen leidet wie der Mann. Mit Recht kann man auf die im Vergleich zum Manne ungünstigen Verhältnisse der kurzen, weiten Harnröhre und des schwächeren Schließmuskels, welcher den Schutz der Blase vor äußeren Infekten garantieren soll, hinweisen. Es ist auch ebenso unbestreitbar, daß die bei der Frau bestehenden günstigeren Existenzbedingungen und Wanderungsmöglichkeiten für Bakterien durch den vielleicht häufiger notwendigen Gebrauch des Katheters bei ihr wie beim Manne eine starke Förderung erfahren. In diesem Sinne läßt die Anwendung des Katheters wieder die Möglichkeit der Schuld. Was aber ist von der Häufigkeit der Zystitis im Kindesalter und im Säuglingsalter zu sagen? Der Katheter ist bei diesen doch gewiß kein alltäglicher Gebrauchsgegenstand. Vielleicht um diesen logischen Mangel zu beheben, wird die hämatogene Infektion der Blase beim Säugling und beim Kleinkind von vielen als das *häufigere* Vorkommnis angesehen. Und in der Tat spricht ja auch die Ausscheidung verschiedener, im Blute darmkranker Säuglinge kreisender Bakterien in den Harn für eine Möglichkeit dieser These. Dazu kommt als weitere innere Übertragungsmöglichkeit der Lymphweg, dessen Bahnweite ja beim Kinde die Wanderung der Bakterien besonders begünstigen würde.

Allein dieser anscheinend so gut begründeten Annahme der Blaseninfektion von innen heraus steht jedoch auch beim Kinde die Tatsache gegenüber, daß Mädchen etwa dreimal so häufig erkranken als Knaben! Wir kämen unter Voraussetzung einer größeren Häufigkeit des inneren Weges der Blaseninfektion bereits beim Kinde und Säugling zu einer nach Geschlechtern verschiedenen Pathogenese des gleichen Leidens! Dieser Schluß scheint angesichts des physiologisch-geschlechtlich neutralen Zustandes des Säuglings besonders absurd und gezwungen. Die externe Infektion der Blase des Säuglings drängt sich so ganz von selbst in den Vordergrund. Sie beansprucht um so größere Beachtung, wenn wir uns zu erklären versuchen, wie es kommt, daß die Blasenentzündungen in der Zeitspanne zwischen drittem und sechstem Lebensmonat ihren Höhepunkt erreichen. Zur Erklärung dieser bei vorzugsweiser Annahme innerer Infektionsmöglichkeit schwer verständlichen Häufung vermag die Meinung von einem Vorwiegen des äußeren Infektionsmodus der Blase darauf hinzuweisen, daß häufig in dieser Zeit bereits die Notwendigkeit der teilweisen oder ausschließlichen Darreichung einer keimhaltigeren Nahrung, als die Muttermilch darstellt, ge-

Digitized by Google

geben ist. Wenn sich das Vorkommen der Zystitis im zweiten Jahre allmählich vermindert, so liegt es nahe, das günstige Moment in der durch das Kind selbst geregelten Stuhlentleerung zu sehen, welche dem zeitweiligen Kotbad der äußeren Geschlechtsteile des Säuglings ein Ende bereitet.

Wer nach diesen Erwägungen unvoreingenommen die Dinge beurteilt, dem werden sich auch beim Erwachsenen die Umstände, welche zu so häufiger Blaseninfektion gerade der Frau führen, viel einfacher mehr als äußere darstellen wie als innere. Aber sie werden ihm auch viel häufiger mit dem täglichen Leben des Normalen verbunden erscheinen als mit den bei Kranken notwendigen Manipulationen der Ärzte oder ihrer Gehilfen. Wer sich einmal als Arzt bei seinen Patienten für die Art der Reinigung nach dem Stuhlgang interessiert, wird gerade von dem Großteil der Frauen immer wieder hören, daß die Richtung der Reinigung meist von hinten nach vorn geht. Was die sorgliche Mutter vielfach bei ihrem Säugling beachtet, keinen Kot durch diese verkehrte Richtung der Reinigung in Scheide und Harnröhre zu schmieren, hat die Frau vergessen oder für sich aus Bequemlichkeit ignoriert. Der Mann hingegen ist in dieser Hinsicht nicht nur durch die andersartige anatomische Beschaffenheit der Harnröhre, sondern auch durch die Lage des Skrotums vor solcher Unsitte bewahrt.

Die praktische äußere Infektionsmöglichkeit der Harnblase scheint mir sonach weit mehr eine Frage der Hygiene im täglichen Leben des einzelnen als etwa eine Frage der Schuld von Ärzten und ihrer Gehilfen.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 10. Januar 1928.

Herr *Arndt* (ausführlich in einem der nächsten Hefte).

Herr *Gottron* (Universitäts-Hautklinik): *L. congenita tarda* bei einem 25jährigen Mann. Familienanamnese bezüglich Lues negativ. Der Kranke hatte in der Schule nur die III. Klasse erreicht. Die Entwicklung der jetzigen Krankheitsveränderung begann vor ½ Jahr. Sitz der Erkrankung ist ausschließlich die linke Schläfenhälfte. Hier findet sich ein 8 : 6 cm großes Ulkus, das großbogig begrenzt ist, steil abfallende Ränder aufweist und einen etwas unregelmäßigen, höckrigen Geschwürsgrund erkennen läßt. Auffallend die vollkommen fehlende, narbige Abheilung. Bei weiterer Beobachtung war in kurzer Zeit durch kleine Jodgaben und intramuskuläre Injektionen von Hg salicyl (à 0,025) eine vollkommene Vernarbung erzielbar.

Wa. R.: ++++ Pirquet: —
S. G. R.: ++++

Herr *H. Freund* (Universitäts-Hautklinik): *Recklinghausensche Krankheit und Akromegalie.*

62jährige Frau. Früher im allgemeinen schwächlich, jedoch gesund. 1917 begann sich eine Schwellung des rechten Oberarms und am Schulterblatt zu entwickeln, welche niemals schmerzte, aber ständig größer wurde. In den folgenden Jahren allmähliche Entstehung kleiner Geschwülstchen, zuerst im Gesicht, später am Rumpf. 1919 Sturz auf den Hinterkopf. 1920 wurde eine Vergrößerung von Nase, Händen und Füßen bemerkt, Handschuhe und Ehering paßten nicht mehr, es mußten größere Schuhe gekauft werden. Urinmenge stets normal, kein vermehrtes Durstgefühl.

Befallen Gesicht und Rumpf, Extremitäten nahezu frei. Im Gesicht sind die Tumoren vorzugsweise an den Augenlidern und deren Umgebung lokalisiert, und zwar finden sich auf Ober- und Unterlid je 7—8—10 schrotkorn- bis erbsgroße weiche, meist gestielte Geschwülstchen. Am Rumpf stehen die Tumoren einzeln in ziemlich großer Entfernung voneinander. Am rechten Oberarm sowie neben dem rechten Schulterblatt in der hinteren Axillarlinie fühlt man je eine unter dem Niveau der Haut gelegene, etwa hühnereigroße, weiche, verschiebliche Geschwulst (Lipome). Einzelne, zirka linsengroße Pigmentflecke auf Schultern und Armen. Diffuse Braunfärbung der Vorderarme. An den Nervensträngen im Sulcus bicipitalis beider Seiten Verdickungen.

Hände und Füße auffallend groß, erstere besonders breit, tatzenartig. Nase, Unterlippe und Zunge ebenfalls deutlich vergrößert, Kinn weniger. Röntgenaufnahme der Sella turcica: Größe (umgerechnet) 12 : 12 mm. Atrophie der Rückwand und der Proc. clin. post. Nervensystem und Augenhintergrund o. B. Histologisches Bild eines Hauttumors: typisches Neurinom.

Herr *Buschke* demonstriert:

Eine 50jährige Frau, welche am rechten Unterschenkel im Bereich mehrerer Voigtscher Grenzlinien einen hochgradigen hyperkeratotischen Naevus aufweist. Wie sie angibt, lassen sich die stalaktitenähnlichen Hyperkeratosen durch Salben beseitigen, um dann bald wiederzukehren. Da die Affektion zur Zeit von solchen Hornauflagerungen vollkommen überlagert und eine histologische Untersuchung nicht möglich ist, läßt sich etwas Genaueres über die Struktur des Grundnaevus nicht sagen.

Digitized by Google

Herr Bruhns: 1. Morbus Recklinghausen ohne Tumoren.

8jähriger Knabe, die jetzt bestehenden braunen Flecken schon seit der Geburt vorhanden. Sonstige Anamnese o. B. Es bestehen auf Brust und Rücken, linker Stirnhälfte, oberem Teil der Oberschenkel vorn und oberhalb der linken Kniekehle eine Anzahl größerer und kleinerer brauner Pigmentflecken. Größe schwankt zwischen Hanfkorn- einerseits und Fünfmarkstückgröße andrerseits. Form der Flecken überall rund oder oval, keine zackige Begrenzung. Keine Tumorbildung. Geistige Fähigkeiten etwas herabgesetzt, der Knabe lernt schwer. Kein Recklinghausen in der Verwandtschaft bekannt. Es handelt sich nicht um gewöhnliche Pigmentnaevi, da deren Begrenzung vorwiegend zackig, nicht rund wie hier, sein würde *(Siemens)*. Der Fall muß zunächst als Frühform von Recklinghausen, nicht als Abortivform bezeichnet werden, weil wir wissen, daß die Tumoren oft erst in späteren Jahren, lange nach den Flecken, auftreten.

2. Neurodermitis diffusa mit akuten impetiginösen Eruptionen (Prurigo diathésique Besnier).

24jährige Frau, die seit 5 Jahren in den Ellenbeugen, Kniebeugen und im Gesicht Erscheinungen von Neurodermitis mit starkem Jucken hat. Jetzt besonders in den Ellen- und Kniebeugen typische, gefelderte Neurodermitis chronica. Vor 2 Jahren akute Eruption auf den Armen, jetzt vor 14 Tagen der gleiche Ausbruch auf Armen, Hals und Nacken in Form von impetiginösen Bläschen und Krusten, die stark jucken. An den Armen sind Streck- und Beugeseiten befallen, Beine, außer Erscheinungen an den Kniebeugen, so gut wie frei, auch Rumpf frei. Abheilung ohne wesentliche Narbenbildung. Gegen Prurigo Hebrae spricht Lokalisation und die primäre Bläschenbildung, auch natürlich der späte Beginn.

Aussprache:

Herr *Pinkus* macht darauf aufmerksam, daß *Siemens* für die flachen Pigmentflecke der Recklinghausenschen Krankheit auf ihr besonderes, milchkaffeeähnliches Braun, im Gegensatz zu dem Dunkel- bis Hellbraun der gewöhnlichen Pigmentnaevi, hingewiesen habe.

Herr *Löhe:* 51jähriger Mann. 1899 Infektion mit Lues. 3 Einreibungskuren 1899, 1899 und 1905. — 1918 Geschwür am rechten Oberschenkel, Kur mit Quecksilber und Salvarsan. Seit Oktober 1927 Beschwerden beim Urinieren infolge von Verhärtungen im Glied, Ende November Knoten am Hodensack rechts, der unter warmen Umschlägen aufbrach und blutiges Sekret entleerte. 26. Dezember plötzlich sehr starke Anschwellung des Gliedes, hauptsächlich der Eichel; unter heißen Breiumschlägen Durchbruch am 27. Dezember im Sulcus coronar. rechts, Entleerung von Eiter mit Urin. — L.C. Juli 1927 ohne jede Beschwerde.

Großer Mann in gutem Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Der Penis ist in ganzer Ausdehnung verdickt, ganz besonders stark die Glans, welche ein derbes Ödem aufweist; an ihrer Unterseite eine Gruppe von erbsengroßen, braunrötlichen, derben Infiltraten, von denen zwei oberflächlich ulzeriert sind. Die Harnröhrenmündung ist infolge des Infiltrates zu einem schmalen Schlitz verengt. Im Sulc. neben dem Frenulum links entleert sich aus einer schlitzförmigen Öffnung dünnflüssiges Sekret, bei der Miktion tropfenweise Urin. Beide Corpora cavernosa pen. sind in ganzer Ausdehnung als weiche Gebilde abzutasten, während das Corpus cavernosum urethrae als pfeifenrohrförmiges, hartes Gebilde durch die ganze Länge des

Digitized by Google

Penis hin bis zum Angulus peno-scrotalis abzutasten ist. Die Verhärtung setzt sich ohne scharfe Grenze in das Infiltrat der Glans fort, während sie nach der Radix penis zu sich etwas verjüngt. — Auf der Unterseite des Scrotum rechts befindet sich eine Fistel, die in die Pars bulbosa urethrae mündet und aus welcher sich bei der Miktion reichlich Urin entleert. Aus der Harnröhrenmündung tritt auf Druck spärlich dünnflüssiges Sekret (Ek ++, Ep ++, Gk —) aus, der Urin wird in dünnem geteilten Strahl nur unter Anstrengung abgegeben. — Bei der Spülprobe ist der Urin leicht getrübt, enthält im Sediment zahlreiche Leukozyten, wenig rote Blutkörperchen. Die Harnröhre ist hochgradig verengt, wie sich außerordentlich charakteristisch in dem Röntgenbild zeigt, nur ein filiformes Bougie läßt sich einführen. — Die Prostata ist im ganzen vergrößert, sehr derb, im rechten Lappen sind einzelne Knoten zu tasten. Das Prostatasekret enthält Leukozyten und einzelne Erythrozyten. — Leistendrüsen beiderseits kaum geschwollen, bohnengroß.

Diagnose: Tertiäre Lues, gummöses Syphilid der Glans, Cavernitis gummosa des Corpus cavernosum urethrae. Prostatitis gummosa(?). Ob es sich um eine gummöse Erkrankung der Prostata handelt, wird erst die weitere Beobachtung ergeben; dafür spricht, daß ebenso wie die Veränderungen am Penis auch die Schwellung und Derbheit der Prostata nach 8tägiger Darreichung von Jodkali bereits wesentlich abgenommen hat. — Gonorrhoe kann ausgeschlossen werden, da Patient nie diese Krankheit gehabt hat, auch jetzt keine Anhaltspunkte vorhanden sind. Auch für Tbc. und Karzinom liegen keinerlei Anzeichen vor.

Der Fall lehnt sich an den von mir in der Sitzung der Berl. Derm. Gesellschaft vom 10. 11. 1925 vorgestellten an, bei welchem es sich umgekehrt wie hier um eine gummöse Cavernitis der beiden Corpora cavernosa penis handelte, während das Corpus cavernosum urethrae frei war.

Aussprache:

Herr *Heller* fragt, ob irgendein Trauma nachgewiesen ist.
(Nein.)

Herr *Baum:* Demonstration eines 41jährigen Bankbeamten, der seit 1911 ständig an Psoriasis leidet, die trotz aller möglichen Behandlungsmethoden nie ganz verschwunden ist. Seit Februar 1927 hat er außer einer milden Lokalbehandlung (meist weiße Präzipitatssalbe) ständig Arsen bekommen, zirka 0,01 acid. arsenicos. pro die. Die Psoriasis plaques sind in Abheilung mit Hinterlassung von Pigmentierung; statt dessen hat sich seit Ende November disseminiert über dem Rumpf ein Exanthem entwickelt, das ganz dem Bild des Lichen ruber gleicht.

Auf die Entwicklung von lichenoiden Ausschlägen im Verlaufe einer Arsenbehandlung hat vor längerer Zeit schon *Buschke* hingewiesen. In der Literatur sind seitdem viele solcher Fälle beschrieben. Ein ähnlicher Fall der Entwicklung von Lichen ruber bei Psoriasis nach Arsendarreichung ist von *März* beschrieben. Wir stehen hier vor der Tatsache, daß das Mittel, welches als Hauptmittel gegen den Lichen angewandt wird, gelegentlich selbst einen solchen Ausschlag hervorbringt, was an die Grundanschauungen der Homöopathie erinnert.

Nachträglich möchte ich erwähnen, daß ich einen ähnlichen Fall beobachtet habe. Es handelte sich um einen 16jährigen Banklehrling, der 1½ Jahre

Digitized by Google

lang an Psoriasis am rechten Knie litt und nach 4 Wochen, in denen er im ganzen 0,25 acid. arsenicos. genommen hatte, an beiden Handgelenken einen charakteristischen Lichen-ruber-artigen Ausschlag bekam.

Aussprache:

Herr *Buschke:* Der sichere Zusammenhang zwischen Arsenmedikation und Lichen ruber respektive Lichen-ruber-ähnlichen Exanthemen ist bisher nur beim Salvarsan gelungen und jetzt wohl allgemein anerkannt. Auf die Bedeutung für den homöopathischen Gedanken bei der Entstehung dieser von mir zuerst beschriebenen Exantheme habe ich schon früher hingewiesen: daß dasselbe Medikament, welches die Lichen-ruber-Attacke heilt, dieselbe hervorzurufen imstande ist. Was nun die Beziehung des Arsens in einfacherer Form zu der Entstehung des Lichen ruber betrifft, so gebe ich zu, daß die bisherigen Erfahrungen, einen sicheren Zusammenhang ähnlicher Art sicher anzunehmen, wie bei den Salvarsanexanthemen, nicht gestatten. Immerhin wissen wir, daß bei Bestehen eines Lichen ruber durch das Arsen eine Verschlimmerung hervorgerufen werden kann. Ich selbst habe einen Fall von Psoriasis beobachtet, der besonders hartnäckig war, wo wir ein neues organisches Arsenpräparat versuchten. Auf dasselbe hin entwickelte sich, ohne daß die Psoriasis sehr gut beeinflußt worden war, ein Lichen-ruber-artiges Exanthem, welches nach Aussetzen der Medikation zurückging und bei Wiederholung derselben wieder auftrat, so daß doch an einen Zusammenhang zwischen Hautaffektion und Arsen zu denken war. Es liegt ferner die Beobachtung aus der Hammerschen Abteilung in Stuttgart vor, wo ebenfalls nach einfacher Arsenmedikation bei Psoriasis ein Lichen ruber sich entwickelte. Ich selbst habe ein spontanes Zusammenvorkommen beider Affektionen trotz eines riesigen Krankenmaterials, was gerade bezüglich der Psoriasis durch meine Hände geht, soweit ich mich erinnere, niemals beobachtet. Daß es vorkommen kann, nachdem das hier erwähnt ist, will ich nicht bestreiten; aber erstens müßte dann festgestellt werden, ob wirklich hier keine Arsenmedikation vorlag, und ferner ist bei dem Hammerschen Fall schon hervorgehoben worden — ganz entsprechend meiner Theorie —, daß die psoriatische und lichenoide Disposition nebeneinander vorkommen kann.

Die ganze Art des Verlaufs des Baumschen Falles läßt es mir nach allem sehr wahrscheinlich erscheinen, daß hier zwischen der Eruption des Lichen ruber und der Arsenmedikation ein kausaler Zusammenhang besteht; insofern halte ich diesen Fall prinzipiell für sehr wichtig.

Herr *O. Rosenthal* macht darauf aufmerksam, daß in der Literatur vereinzelte Fälle veröffentlicht sind, bei denen Psoriasis und nachher Lichen rub. plan. beobachtet wurden, ohne daß den Kranken Arsenik verabreicht worden war. Er selbst hat vor einer Reihe von Jahren einen einschlägigen Fall in dieser Gesellschaft vorgestellt.

Herr *Baum* (Schlußwort): An der Tatsache, daß es sich um eine typische Psoriasis vulgaris ohne lichenoide Effloreszenzen gehandelt hat und jetzt ein typischer Lichen-ruber-artiger Ausschlag besteht, ist nicht zu zweifeln.

Herr *E. Kadisch: Beitrag zur Lebensdauer des Gonokokkus.*

I.

Im Gegensatz zu der Leichtigkeit, mit welcher vielen Autoren die Züchtung der Gc. gelungen zu sein scheint, habe ich in Untersuchungen, bei welchen

Digitized by Google

ich von Herrn *Ruan* in unserer Klinik unterstützt wurde, gefunden, daß das Arbeiten mit Gc. ein Gebiet darstellt, welches zu seiner Beherrschung besonderer Übung und Fertigkeit bedarf. In langdauernden Arbeiten habe ich in der Richtung des Levinthalschen Bodens verschiedene Nährböden auf ihre Geeignetheit untersucht. Es wurden Kochblutböden von Schweineblut, Hammelblut, Pferdeblut und andere geprüft. Hier zeigte sich, daß der Pferdekochblutagar den andern überlegen ist. Vornehmlich jedoch machte ich die Erfahrung, daß die Alkalität und die Feuchtigkeit das Wachstum der Gc. maßgebend beeinflussen. Für die Abimpfung vom Patienten benutzte ich abweichend von der Levinthalschen Vorschrift 1,8—1,85% igen Agar, für die Passagen 1,3 bis 1,5% igen. Als Kriterien für die Identifizierung der Gc. wurde neben den üblichen von uns die Vergärung von Traubenzucker benutzt. Die Sterilhaltung des Nährbodens hat im klinischen Laboratorium ihre Schwierigkeiten. Ich demonstriere Ihnen hier, wie mit primitiven Hilfsapparaturen sowohl die Filtration als auch das Abfüllen steril vorgenommen werden kann.

II.

Meine Versuche über die Lebensdauer der Gc. wurden mit einer Serie *frischer* Stämme angestellt. Leinenläppchen, Holz- und Schwammstücke wurden einmal mit Kulturflüssigkeit, ein zweites Mal mit einer Aufschwemmung von Gc. in abgekochtem Leitungswasser und drittens mit der trockenen Oberflächenkultur getränkt respektive beschmiert. Die Gegenstände wurden in Petrischalen im Brutschrank, im Eisschrank und bei Zimmertemperatur aufbewahrt. Hier möchte ich nur hervorheben, daß auch bei Zimmertemperatur die Lebensdauer 24 Stunden betrug, nur bei der trockenen Aufbewahrung sank sie auf 4 Stunden. Im Eisschrank zeigte sich die Lebensdauer geringer als bei Zimmertemperatur, nur bei der trockenen Aufbewahrung ergaben sich gleiche Stundenzahlen. Auf die indirekte Infektionsmöglichkeit ist nach diesen Versuchsergebnissen und denen von *Engering* u. a. noch wesentlich mehr zu achten. (Die ausführliche Veröffentlichung erscheint demnächst im Archiv für Dermatol. und Syph.)

Aussprache:

Herr *Buschke:* Bezüglich Beobachtungen der Lebensdauer der Gonokokken außerhalb des Körpers möchte ich doch immerhin erwähnen, daß nach den Untersuchungen *Ungermanns*, die wir mit *Langer* nachprüfen und erweitern konnten, die Gonokokken unter anaeroben oder fast anaeroben Bedingungen sich monatelang lebend erhalten können. Es wäre doch in Erwägung zu ziehen, ob auch bei den in der Natur vorkommenden gonorrhöischen Infektionen, wenn sie nicht von Mensch zu Mensch zustandekommt, zum Teil ähnliche Bedingungen in Frage kommen können.

Was den Influenzanährboden betrifft, so muß seine Darstellung allerdings außerordentlich subtil ausgeführt werden; man kann dann allerdings oft — auch nach unseren Erfahrungen — einen ausgezeichneten Nährboden für Gonokokken an ihm besitzen.

Herr *Alfred Cohn:* Der Kochblutagar nach *Levinthal* hat sich mir außerordentlich bei der Züchtung von Gonokokken im Verlaufe mehrjährigen experimentellen Arbeitens im Robert Koch-Institut bewährt. Bezeichnend für die optimale Güte dieses Nährbodens ist allein die Tatsache, daß bei Abimpfung von unbehandelten Gonorrhoea-anterior-Fällen die Kulturen in 100% angehen.

Digitized by Google

Was die angebliche Verunreinigung der Kochblutagarplatte mit anderen Keimen betrifft, so liegt das an ihrer Empfindlichkeit und kann bei einwandfreier, bakteriologischer Technik vermieden werden. Das gleiche gilt für die Herstellung des Nährbodens, die bei sterilem Arbeiten jede besondere Apparatur absolut überflüssig macht. Auch wir haben im Institut sowohl mit 2% igem wie mit 1½% igem Agarzusatz gearbeitet, ohne besondere Unterschiede beobachtet zu haben.

24stündiger Aufenthalt im Eisschrank, ein gleichlanger oder sogar 48-stündiger Aufenthalt bei Zimmertemperatur braucht noch keine Schädigung der Gonokokkenkulturen nach sich zu ziehen. Ich erwärme nie vor Beimpfung die Platten.

Die Differenzierung der Gonokokken bietet bisweilen zweifellos Schwierigkeiten, da Agglutination und Dextrosevergärung bei manchen Stämmen versagen.

Bezüglich der Dauerkulturen hat sich mir die Konservierung der Stämme im Kochblutagarstich bewährt; guter Nährboden und Herabsetzung der O_2-Spannung dürften hierbei von besonderer Bedeutung sein.

Herr *Michael:* Auf die Ausführungen von Herrn *Alfred Cohn* möchte ich erwidern, daß auch mir die Züchtung der Gonokokken gut gelingt. Was ich nur hervorheben wollte, ist, daß die Schwierigkeiten der Gc.-Züchtung wesentlich größere sind als die der sonstigen bakteriologischen Technik — womit ich also mit Herrn *Cohn* völlig übereinstimme, welcher eine besondere Übung und Fertigkeit auch für erforderlich hält. Auch ich arbeite seit vielen Jahren mit Kochblutagar, habe jedoch gefunden, daß der *Pferde*kochblutagar am geeignetsten ist. Was die Wasserstoffionenkonzentration anbetrifft, nach welcher gefragt wurde, so wurde von mir der Boden auf p_H 7,4—7,5 eingestellt. Zu den Ausführungen von Herrn *Buschke* möchte ich bemerken, daß mir die Konservierung der Gc. in *Ungermann*-Röhrchen bekannt ist, es handelte sich für mich bei den Untersuchungen um die Feststellung der Lebensdauer unter Verhältnissen, welche den aeroben Bedingungen der indirekten Übertragung der Gc. angepaßt sind.

Herr *Pinkus* demonstriert erstens an Lichtbildern eine *akute Dermatitis* am Gesicht und Hals einer Dame, die ein *chininhaltiges* Kopfwasser benutzt hat, und deren Ablauf.

2. Einen Fall von *schwerer Idiosynkrasie gegen Hühnereiereiweiß.*

10 Minuten nach intrakutaner Injektion von frischem Hühnereiweiß entstand ein schwerer Urtikariaausbruch mit Anschwellung von Gesicht, Armen, Körper und Beinen. Dauer des Anfalls bis zu leichter Besserung etwa 2 Stunden, bis zu völliger Wiederherstellung fast eine Woche. Der Anfall sah durch Atemnot im Anfang hochbedrohlich aus. Injektion von 1,0-Serum der Patientin, 24 Stunden und 8 Tage nach dem Anfallsbeginn entnommen, ergab mit Nachinjektion von 0,1 frischen Hühnereiereiweißes eine Sofortreaktion und 24 Stunden später eine ausgedehnte Dermatitis am Arm des Vortragenden sowie bei einem andern, sonst gegen Hühnereiereiweiß nicht empfindlichen Menschen. 0,1 frisches Blut der Patientin intrakutan mit Nachinjektion von 0,1 frischem Hühnereiereiweiß nach 12 Stunden ergab im Laufe der nächsten 5 Tage eine starke entzündliche Anschwellung (rot und ödematös vom Ellbogen bis zur Hand) mit 2 Tage dauerndem Unwohlsein und 38,5° Fieber. Überempfindlichkeit beim Essen frischen ungekochten Hühnereies bestand nicht. 0,1 Serum der Patientin ergab bei einem gesunden Mädchen in der ersten halben Stunde

Digitized by Google

eine Quaddel von 2,0 × 1,3 cm mit rotem Hof, 0,1 Serum der Patientin + 0,1 frisches Hühnereiereiweiß, gemischt, ergab eine stärkere Quaddel von 2,5 × 1,5 cm Ausdehnung mit größerem roten Hof. Die Injektionsquaddeln waren gleichgroß angelegt worden (0,5 × 0,5 cm).

Herr *Max Michael: Grundfragen der Staphylokokkenvakzinetherapie* (Vortrag).

Das Grundproblem der Staphylokokkenvakzinetherapie ist die Frage nach der Einheitlichkeit des Erregers, ob der saprophytisch auf Haut und Schleimhäuten vorkommende Staphylokokkus identisch ist mit dem Erreger der Furunkulose, Osteomyelitis usw., oder ob die verschiedene Reaktionsfähigkeit des Organismus für die verschiedenartige Wirkung des Staphylokokkus verantwortlich zu machen ist. Die Differenzierung saprophytischer und pathogener Staphylokokken ist mittels keiner einzigen Methode allein möglich, auch Agglutininbildung und Hämolyse sind allein nicht ausschlaggebend; erst aus der Übereinstimmung färberischer, kultureller und biologischer Merkmale läßt sich mit weitgehender Wahrscheinlichkeit der pathogene Charakter erkennen. Auf der Haut Gesunder wurde unter 45 Fällen nur 3mal pathogene Typen gefunden, auf der Haut von 15 Patienten, die an eitrigen Prozessen litten, 12mal.

Um die Frage der Einwirkung der Staphylokokkenvakzine auf den Agglutinationstiter zu prüfen, wurde zunächst der Agglutinationstiter von Gesunden geprüft. Das Normalserum zeigt einen Agglutinationstiter in Verdünnungen von $^1/_{10}$—$^1/_{40}$ gegenüber Staphylokokkenstämmen. Patienten, die an Staphylodermien litten, zeigten einen Titer $^1/_{400}$—$^1/_{2400}$. Tiefen Staphylodermien ist anscheinend ein höherer Titer zu eigen als oberflächlichen. Nach Einspritzungen von Staphylokokkenvakzine war ein vom dritten Tag beginnender, nach zirka 8—9 Tagen den Höhepunkt erreichender Titeranstieg festzustellen, und zwar im Gefolge intravenöser und intrakutaner Injektionen stärker als bei subkutanen Injektionen. Bei ersteren Anwendungsweisen wurden Titeranstiege bis $^1/_{5000}$, gelegentlich bis $^1/_{10\,000}$ beobachtet. Die Annahme, daß es sich bei der Staphylokokkenvakzinewirkung um eine spezifische Antikörperbildung handelt, ist nicht haltbar, denn die Prüfung mittels Arthigoneinspritzung bei Gonorrhöikern ergab völlig analoge Resultate, auch hierbei zeigten sich Unterschiede zwischen intravenösen und intrakutanen Injektionen und subkutanen. Zur Erklärung der Wirkung der Staphylokokkenvakzine muß man annehmen, daß in Analogie zur Trichophytie der Furunkel respektive die sich entwickelnde Papel an der intrakutanen Injektionsstelle einen allergischen Prozeß darstellt, eine Auffassung, die bezüglich des Furunkels schon früher von *v. Wassermann* vertreten wurde. Nach den Forschungsergebnissen der letzten Jahre darf man annehmen, daß das sympathische Nervensystem bei dem Auslösungsmechanismus eine entscheidende Rolle spielt, woraus sich die Unterschiede zwischen intrakutanen und subkutanen Injektionen erklären. Für die Wirkung intravenöser Staphylokokkeninjektion ist eine unspezifische Reizwirkung anzunehmen, für die zahlreichen Parallelen in der Wirkung von Paratyphusvakzine vorliegen. Der Weg über die Hyperergie zur Anergie erklärt auch das Verschwinden von Rezidiven im Gefolge der Vakzineeinspritzung und reiht die Vakzinetherapie auch theoretisch in den Kreis der übrigen therapeutischen Methoden ein.

Digitized by Google

Dermatologen-Tagung in Straßburg vom 14. Juni 1927.

Thema: Lichen planus.

Vorsitzender: L.-M. Pautrier.

Pautrier legt in der Eröffnungsansprache die Gründe dar, welche bestimmend waren, ein einziges Thema auf die Tagesordnung zu setzen.

I. Symptome und Entwicklung.

L. Brocq: Beitrag zum Studium der Abgrenzung des Lichen planus. (Seine Beziehungen zur *Psoriasis* und *Parapsoriasis.*)

Zunächst kann sich der Lichen planus bei seinem Beginn unter dem Bilde einer *Psoriasis* oder einer trockenen psoriasiformen Parakeratose verstecken. Weiterhin können primär papulöse Effloreszenzen, welche an Lichen planus erinnern, auftreten und später den Charakter einer *Parapsoriasis* annehmen, von denen im Gegensatz zur Parapsoriasis maculosa bzw. guttata die Parapsoriasis lichenoides (der Paralichen) oder Lichen variegatus *(Radcliffe, Crocker)* vielleicht eine Abart des Lichen planus darstellt.

G. Petges, Der Lichen planus bei Kindern.

In *Bordeaux* wurden unter *5600* hautkranken Kindern *10* mit Lichen planus gezählt, deren Alter zwischen 6½ Monaten und 11½ Jahren schwankte. Erbliche Belastung war nicht nachzuweisen. Die meisten Fälle waren schnell entstanden, und sechsmal war Generalisierung eingetreten. Die Prognose ist günstig.

I. M. Peyri, Ein Fall von Lichen planus striatus in Zosterform *(Radcliffe, Crocker).*

Kasuistik: 2 Jahre 4 Monate alter Knabe. Zuerst kleine Papeln in Bandform auf dem r. Handrücken, später am r. Ellenbogen. Heilung durch Radium.

Aussprache: Gouin bespricht die Dermatosen, die sich in Lichen planus umwandeln können; er sah solche Umwandlung bei psoriasiformer Parakeratose, polymorphem Erythem und urtikarieller Prurigo *(Noguer-Moré). Pautrier* glaubt nicht an solche „Umwandlungen", vielmehr handele es sich von Anfang an um atypischen Lichen. *Ramel* sah zwei Fälle von nässender Salvarsandermatitis in einen Lichen planus annnularis übergehen. *Du Bois, Pautrier.*

II. Pathologische Anatomie.

R. Sabouraud, Zur pathologischen Anatomie der Lichen planus.

S. verweist auf seine Arbeit in den Annales aus dem Jahre 1910.

L.-M. Pautrier und *Diss,* Über den Nachweis nervöser Elemente und das Vorherrschen nervöser Veränderungen in der Lichen-planus-Papel.

Verfasser besprechen das präpapulöse Stadium sowie das Stadium der beginnenden und voll ausgebildeten Papel; ihre Untersuchungen wurden in erster Linie mit Bindegewebsfärbemethoden und Silberimprägnationen vorgenommen. Auf diese Weise konnten sie bei Lichen planus Zellen mit langen Faserfortsätzen, Zellhaufen inmitten von Fibrillennetzen, perivaskuläre Zellen mit fibrillären Ausläufen und nervöse Veränderungen neu nachweisen.

Georges Lévy, Das melanotische Pigment beim Lichen planus.

Während die Lichenpapel klinisch erst bei der Rückbildung Pigmentierung zeigt, ist diese histologisch schon von Anfang an vorhanden, wird aber durch

Digitized by Google

die mit Verdickung einhergehenden Epidermisveränderungen überdeckt. Die Langerhansschen Zellen im Bereiche der Papel verschwinden und geben ihr Pigment an die Histiozyten ab, welche zu Chromatophoren werden.

Aussprache: Civatte, Pautrier, Diss, Watrin, Diss, Ramel, Lévy (Schlußwort).

III. Therapie.

Arsenbehandlung.

Jeanselme und *Burnier*, Zum Lichen planus.

Übersicht über 100 Fälle hinsichtlich der Verteilung auf die Haut (46), die Schleimhaut (22) und beides zusammen (32), sowie nach Lebensalter (vorwiegend zwischen 20. und 40. Lebensjahre) und Geschlecht (47 Männer, 33 Frauen).

Behandlungserfolge mit Arsenpräparaten und indirekter Röntgenbehandlung. Wiederum lauten die Erfahrungen mit Röntgenbestrahlungen der Interskapular- und Lumbalgegend sehr ermutigend.

Hudélo und *Rabut*, Betrachtungen über 108 Fälle von Lichen, die seit 1. 1. 1922 zur Beobachtung kamen.

Auch hier Frequenzmaximum im mittleren Alter (30—50 Jahre). Ätiologisch und klinisch nichts Neues. Erfahrungen mit Novarsenobenzolbehandlung. Nach medullärer Bestrahlung erfolgte einmal Generalisierung (wie in einem Falle von *Hufschmidt*). Verfasser kehrten deshalb zur Sympathikusbestrahlung zurück. Dabei war die Beeinflussung der Hauterscheinungen gut, diejenige der Munderscheinungen erfolgte nur langsam.

Carle, Wirkung des Arsens bei der Behandlung des Lichen planus.

C. sah von Behandlung mit metallischem Arsen keine befriedigenden Erfolge, konnte sich allerdings auch nicht entschließen, in der Dosierung so hoch zu gehen, wie das von der alten Wiener Schule gefordert wird. Mit organischen Arsenpräparaten erhielt *C.* geradezu spezifische Erfolge.

L.-M. Pautrier, 3 Fälle von Lichen planus, die durch Novarsenobenzol im Laufe einer antisyphilitischen Behandlung provoziert wurden.

Aussprache: Hufschmidt, I. Peyri und *Jos. Peyri, Gouin* und *Bienvenue, Bory, Payenneville, Watrin, Weiß, Margarot, Lévy-Franckel, Fernet, Ramel, Pautrier.*

Andere interne Heilmittel.

K. Hübschmann, Die Behandlung des Lichen planus mit Injektionen von Bromnatrium.

10% Bromnatriumlösung in physiologischer Kochsalzlösung (täglich oder alle 2 Tage, im ganzen 14- oder 15mal je 10 ccm) führte in 2 Fällen zu gutem Rückgang.

I. Watrin, Lichen planus seit 9 Jahren. Behandlung durch Röntgenbestrahlung des Rückenmarks und intravenöse Injektionen von Natriumhyposulfit.

Gute Beeinflussung von der 6. Injektion an.

Aussprache: Noguer-Moré, Ambard, Carle. Pautrier faßt zusammen, daß das metallische Arsen mehr und mehr an Anhängern verliert, daß die organischen Arsenpräparate sich zwar sehr wirksam zeigen, daß aber auch ihre schädliche (provokatorische) Wirkung immer deutlicher wird.

Digitized by Google

Lumbalpunktion.

P. Ravaut, Lichen planus und Lumbalpunktion.

R. verweist auf die von *Thibierge* und *ihm* seit dem Jahre 1905 mehrfach veröffentlichte Erfahrung hin, daß Lichen planus und andere pruriginöse Erkrankungen durch den Eingriff der Lumbalpunktion in ihrem Juckreiz gemildert und auch sonst gebessert oder geheilt werden.

L.-M. Pautrier, Mitteilung über die Resultate der Lumbalpunktion bei der Behandlung des Lichen planus und über die Beschaffenheit des Liquors.

In 7 Fällen war die Wirkung auf den Juckreiz immer deutlich. Sie erscheint oft schon am folgenden Morgen. Ein völliges Verschwinden der Hauterscheinungen trat nie ein. Der Liquor war fast immer normal.

Aussprache: Margarot, Noguer-Moré, Ramel.

Behandlung mit Röntgenbestrahlung der Medulla oder des Sympathikus.

I. Gouin und *A. Bienvenue,* Röntgenbehandlung des Lichen planus. Resultate. Wirkungsweise. Pathogenese.

Die Verfasser wenden ihre Methode der indirekten Bestrahlung seit dem Jahre 1919 unverändert an: 5 H, ohne Filterung, interskapulär und in der Lumbalgegend. Der Juckreiz schwindet prompt. Die Hauterscheinungen gehen langsam zurück. Die Schleimhauterscheinungen sind öfters refraktär. Bei älteren Fällen von Haut- oder Schleimhautlichen wenden *G.* und *B.* neuerdings mittelstarke Aluminiumfilterung an.

Louste, A. Lévy-Franckel und *E. Juster,* Die Resultate der Lichenbehandlung mit Bestrahlung des Rückenmarks. Können sie zu pathogenetischen Folgerungen führen?

Die Verfasser hatten bei gefilterter Bestrahlung 32 Erfolge und 8 Mißerfolge, bei ungefilterter Bestrahlung 10 Erfolge und 8 Mißerfolge. Die Mißerfolge wurden meist durch Schleimhautaffektionen hervorgerufen. Auf Grund ihrer Bulbusbestrahlungen allein glaubten die Verfasser dem Sympathikus vorläufig noch nicht sicher eine Rolle in der Pathogenese des Lichen zuschreiben zu können.

Karel Gawalowski, Indirekte Röntgenbehandlung des Lichen planus.

G. bespricht kritisch die beiden Methoden von *Gouin* und *Pautrier;* nach ihm gibt *P.* ungefähr das Doppelte. Er selbst hat nur die großen Gefäße in den Achselhöhlen bestrahlt und in 2 Fällen Erfolge erzielt, die er als Sympathikuswirkung — vergleichbar der Operation nach *Leriche* — ansieht.

Laurent, Behandlung von 4 Fällen von Lichen planus nach der Methode von *Gouin.*

Einmal glänzender Erfolg, zweimal Besserung, einmal Mißerfolg. Hornige Effloreszenzen und Munderscheinungen zeigten keine Beeinflussung.

I. Payenneville, Betrachtungen über die Röntgenbehandlung des Lichen planus. Methode. Resultate.

P. hält die Methode von *Pautrier* für schneller und sicherer wirkend.

José Gay Prieto, Behandlung des Lichen planus mit Röntgenbehandlung ausgedehnter Hautflächen.

Verfasser erhielt verschiedentlich — auch bei generalisiertem Lichen — Erfolge mit der Bestrahlung einer Bauchpartie von 800 qcm mit 70 Fürstenau-Einheiten.

L.-M. Pautrier, Die Behandlung des Lichen planus mit Röntgenbestrahlung der Medulla.

Digitized by Google

P. hat seine Methode zum ersten Male am 9. März 1924 in der Straßburger Dermatologischen Gesellschaft veröffentlicht. Er gibt 4 H unter 5 mm Al. Die Erfolge waren bei 35 Fällen gute. Auch Lichen der Mundschleimhaut wurde von 5 Fällen zweimal geheilt. Immerhin konnte *P.* auch schon ein Rezidiv beobachten. Lichenifizierte Stellen blieben unbeeinflußt. Bekanntlich hat *Gouin* mit *Bienvenue* der Straßburger halbtiefen Therapie seine oberflächliche Therapie gegenübergestellt und der ersteren zum Vorwurf gemacht, daß sie bei der Bestrahlung des Rückenmarks eine zu tiefgehende Beeinflussung des Sympathikus zur Folge habe. Demgegenüber betont *P.*, niemals Kopfschmerzen, Schwindel, Synkope, Erbrechen oder dergleichen gesehen zu haben. *P.* bezweifelt, daß *Gouin* mit seiner Oberflächentherapie die sympathischen Zentren überhaupt trifft. Vielleicht handelt es sich da um eine ganz ähnliche Wirkung wie bei *Gay Prieto*. Jedenfalls wird bei der oberflächlichen und halbtiefen Therapie des Pruritus gut beeinflußt.

Aussprache: Noguer-Moré, Hufschmidt, Gouin (denkt nach wie vor an eine Sympathikuswirkung), *Ramel.*

Äußerliche Behandlungsmethoden des Lichen planus.

Carle, Zur äußeren Behandlung des Lichen planus.

C. bespricht die anästhesierend wirkenden Salben (mit Kokain, Stovain, Chloral, Orthoform usw.), die antiseptischen (mit Kalomel, Naphthol, Salol usw.), die Salben mit Reizwirkung und nachfolgender Beruhigung (mit Salizyl, Resorzin, Menthol usw.) sowie die Teersalben; er fügt einige besonders bewährte Rezepte hinzu.

Behandlung des Lichen planus der Schleimhäute.

Gouin und *Bienvenue* glauben, daß die Röntgenbehandlung deshalb besonders schwer die Munderscheinungen zum Rückgange bringt, weil diese — oft unbemerkt geblieben — meist besonders veraltet sind. Werden die Erscheinungen frühzeitig erkannt, schwinden sie ebenso schnell wie die Hauterscheinungen.

Hydrotherapie und Thermalkuren.

Chauchard, Mitteilung über die Behandlung des Lichen planus mit intravenösen Injektionen (Eau d'Uriage).

Carle, Wirkung der Hydrotherapie und der Thermalkuren auf den Lichen planus.

IV. Ätiologie, Pathogenese.

Parasitäre und bakterielle Theorien.

L.-M. Pautrier, Negative Resultate von 21 Impfversuchen mit Lichen planus beim Menschen.

Es wurden 13mal intradermale Injektionen, 8mal Skarifikationen vorgenommen.

Aussprache: Bory, Gouin, Watrin, Pautrier, Hudelo, Ramel, Hufschmidt, Margarot.

Humorale Theorie.

Du Bois erörtert die Möglichkeit, daß der Lichen planus eine toxische Hautreaktion auf Magendarmstörungen hin sei, wie er auch nach Arsenobenzol aufträte.

Aussprache: Gouin und *Bienvenue.*

Digitized by Google

Nervöse Theorie.

Durch nervöse Schockwirkung oder heftige Erschütterung.

G. Petges, Über den nervösen Ursprung des Lichen planus.

P. kommt auf Grund eingehender anamnestischer Erhebungen und der Tatsache, daß der Krieg die Lichen-planus-Erkrankungen nicht vermehrt hat, zu dem Schluß, daß die nervösen Störungen eine Wirkung, nicht aber die Grundlage des Lichen planus bilden.

Aussprache: Ravaut, Hudelo, Du Bois, Bory, Payenneville, Gouin, Pautrier.

Durch nervöse Schädigungen lokaler Art.

L.-M. Pautrier und *A. Diss,* Der Lichen planus scheint zu Beginn durch die Neubildung von nervösem Gewebe und nervöse Veränderungen im Bereich seiner Papel bedingt zu sein; es ist aber noch unmöglich, sich über den zentralen oder peripheren Ursprung dieser Schädigungen und den Mechanismus ihres Zustandekommens zu äußern.

Vor jeder epidermalen Alteration und erst recht vor jedem Infiltrat in der Kutis finden sich Neubildungen nervöser Elemente, welche die erste Läsion darstellen. Es handelt sich dabei um nervöse Elemente in Form von Zellen und Fasern, die davon ihren Ausgang nehmen. Gleichzeitig zeigt die Epidermis eine sehr bedeutende Vermehrung der Meckel-Ranvierschen Zellen.

E. Ramel, Zur Pathogenese des Lichen planus.

R. bespricht die psychogene Entstehungsmöglichkeit des Lichen planus. Insbesondere sah er die Erkrankung bei einer Ärztin nach psychischem Schock auftreten und nach psycho-analytischer Behandlung schwinden, nachdem sie sich gegen jede andere Behandlung völlig refraktär verhalten hatte.

Fr. Kogoj, Die Ätiologie des Lichen planus.

Die ausführlichen Darlegungen von *K.* gipfeln in der Feststellung, daß der Lichen rubes planus (*und* acuminatus) eine Dermatose darstellt, die durch ein noch unbekanntes Virus hervorgerufen wird; dieses Virus kann seine pathogenen Eigenschaften nur entfalten, wenn eine besondere individuelle Disposition besteht, eine hyperkeratotische Diathese. Es ist sehr wahrscheinlich, daß diese hyperkeratotische Diathese fast immer durch eine abnorme Funktion der innersekretorischen Drüsen bedingt ist, die ihrerseits subordiniert oder koordiniert ist einer primären abnormen Funktion kongenitaler oder erworbener Art des autonomen Nervensystems. Eine nävusähnliche hyperkeratotische Diathese existiert vielleicht nicht oder ist sehr selten.

Fr. Samberger, Zur Pathogenese des Lichen ruber.

Ausgehend von der Ansicht *Unnas,* daß wir beim Lichen planus ein entzündliches Zellinfiltrat vor uns haben, das durch Sauerstoffmangel entsteht, denkt *S.* daran, daß es sich beim Lichen planus um eine hyperkeratotische Diathese handelt, die auf die verschiedensten Reize mit Hyperkeratose reagiert und durch den darunter bedingten Sauerstoffmangel zur Entwicklung der Lichenpapel führt.

V. Abnorme Formen des Lichen planus oder abnorme Lichenifikation.

Lichen nitidus.

H. W. Barber, Lichen nitidus.

B. denkt ebenso wie *Civatte* auf Grund eigener Beobachtungen daran, daß der *Lichen nitidus* eine atypische Form des Lichen planus sein und aus

Digitized by Google

diesem hervorgehen könne. Jedenfalls sei der *Lichen nitidus* kein Tuberkulid.

A. Civatte, „Lichen nitidus" und Lichen planus.

C. bespricht an Hand vorzüglicher Mikrophotogramme von ein und derselben Patientin, daß der „Lichen nitidus" lediglich eine atypische Form des Lichen planus darstellen könne.

Lichen obtusus.

Pautrier hielt den *Lichen obtusus* nicht für eine Abart des Lichen planus, sondern *für eine atypische Lichenifikation.*

Jeanselme und *Burnier* stimmen dem zu; desgleichen *Noguer-Moré.*

Lichen corneus hypertrophicus.

Nicolas, I. Gaté und *G. Massia,* Lichen corneus und Lichen planus.

Entgegen der Ansicht von *Pautrier,* daß es sich beim Lichen corneus hypertrophicus und Lichen planus um zwei verschiedene Dermatosen handele, verfechten die Verfasser die Ansicht, daß der erstere lediglich eine atypische Form des letzteren darstelle.

L.-M. Pautrier, Der Lichen corneus hypertrophicus ist eine atypische Form von Lichenifikation, die sich zu Lichen planus hinzugesellen oder gänzlich unabhängig davon auftreten kann.

Aussprache: Nicolas findet die Beweisführung nicht überzeugend.

L.-M. Pautrier und *A. Diss,* Die pathologische Anatomie der Übergangsformen (hybrides) von Lichen planus und der Lichenifikation.

Es handelt sich um Effloreszenzen, die nach Rückgang des Lichen-planus-Anteils nach Röntgenbestrahlung noch fortbestehen soweit die Lichenifikation in Frage kommt.

Aussprache: Jeanselme und *Burnier,* Der Lichen planus corneus hypertrophicus muß im Rahmen des echten Lichen planus bleiben. Beobachtungen von *Ravaut* sprechen für Zusammengehörigkeit des Lichen corneus und Lichen planus, von *Hufschmidt* für eine gegen Röntgenbehandlung refraktäre, dem Lichen planus fremde Komponente.

Lichen spinulosus.

Lortat-Jakob und *Legrain* „Lichen spinulosus" nach Lichen planus acutus.

Der *Lichen spinulosus,* bei Syphilis, Lichen scrofulosorum, Pityriasis rubra pilaris, gewissen lichenoiden Trichophytiden vorkommend, ist eine Hautreaktion, die den verschiedensten Hautaffektionen ihre Entstehung verdanken kann; darunter ist der Lichen planus eine der häufigsten Ursachen.

Zurhelle-Bonn.

Digitized by Google

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. Juli 1927.

Vorsitzender: *Hudelo.*

Zum Protokoll: Gougerot und *Filliol:* Lupus vulgaris mit dreimaliger Verschlimmerung durch Gesichts-Erysipel.

Marcel Pinard: Perforationen des harten und weichen Gaumens bei Mutter und Kind.

Bei dem Kinde trat die Gaumenperforation 10 Jahre nach der Geburt auf und zeigte zeitlich dieselbe Entwicklung wie bei der Mutter, die während der Schwangerschaft eine Syphilis II aufgewiesen hatte.

Milian: Leichte interdentäre Leukoplakie der Wangenschleimhaut; außerdem Pigmentfleck der rechten Wangenschleimhaut; leicht pigmentierte interdentäre Linie auf der linken Wangenschleimhaut mit noch leichterer Pigmentation.

Befallen war ein 18jähriger Italiener (Piemontese).

Milian, L. Périn und *Delarue:* Verschiedene Tumoren auf dem Boden eines Lupus.

Verfasser zeigen eine 42jährige Patientin, die im November 1926 wegen Lupus vulgaris demonstriert worden war. Damals hatte sich auf der rechten Wange ein *Fibroleiomyom* gebildet, das mit nachfolgender Lappenplastik exzidiert worden war. Jetzt war es auf der linken Wange zu einem Stachelzellkarzinom gekommen.

Milian und *Delarue:* Elephantiasis der Vulva. Resultat der Impfungen: Meerschweinchenversuch positiv. Tb. bac. -++.

Milian und *Delarue:* Erworbene Syphilis bei einem 6jährigen Kinde.

Es bestand Roseola und spezifische Alopezie. Der Primäraffekt war nicht zu finden.

E. Wallon: Epithelioma ani. Heilung durch Radium nach vorübergehender Anlegung eines Anus praeternaturalis.

Hinweis auf die Wichtigkeit, bei Radiumbehandlung von Karzinom vorher jegliche Infektionsmöglichkeit auszuschalten. Gleichzeitig bestand Basalzellenepitheliom an der Nase. (Terrain-Disposition?)

Lortat-Jacob und *Legrain:* Ein Fall von Granuloma annulare.

Louste, Lévy-Franckel, Vanbockstael und *Robert Cahen:* Elephantiasis des Beines tuberkulösen Ursprungs.

27jährige Frau. Seit 7 Jahren Elephantiasis am linken Bein. Stellenweise kalte Abszesse bei Miterkrankung des Knochens. Fistelnde Prozesse an der linken Hand. Die ersten gummiartigen Erscheinungen waren mit 14 Jahren aufgetreten. Wa.R. negativ. Histologisch: Tuberkulose. Tierversuch angestellt.

Louste und *Juster:* Diffuse bazilläre Ostitis mit Abszeß am Sternum; erhebliche Besserung durch ultraviolettes Licht (Lokalbäder).

51jährige Frau. Schwellung im mittleren Teil des Sternums mit Perforation. Früher erfolglose Behandlung mit 11 Wismut-Injektionen.

Louste und *Juster:* Die Behandlung der nach Zoster auftretenden Schmerzen mit ultravioletten Strahlen.

Behandelt wurden 7 Fälle zwischen 66 und 72 Jahren.

Digitized by Google

Louste und *Juster:* Versuche einer Behandlung der Vitiligo mit ultravioletten Strahlen nach Vorbereitung der blassen Hautstellen durch Einreiben von Bergamotte-Öl.

Entsprechend der Mitteilung von *Uhlmann* (Med. Klinik Nr. 8, 1927) haben die Verfasser Versuche bei einem 44jährigen Vitiligo-Kranken angestellt. Sie erzielten nach 9 Sitzungen eine rosige Verfärbung von ziemlich natürlicher rosiger Fleischfarbe. Sie verwandten reines Bergamotte-Öl bzw. dessen spirituöse Lösung; letztere wirkte besser.

Sézary und *A. Barbé:* Die Behandlung der Paralyse mit Injektionen von natronhaltigem Stovarsol.

Verfasser sahen bei 68 Fällen in 20% einen Mißerfolg, in 31% Verlängerung der Lebensdauer bei Dekrepiden, in 16% Besserung psychischer und neurologischer Störungen, in 33% vollständige oder fast vollständige Heilungen. Die Injektionen — 3 mal wöchentlich je 1 g — wurden subkutan gemacht.

L. Bizard und *L. Marceson:* Behandlung von Gesichtslupus mit Auskratzen und pulverisiertem übermangansauren Kalium. Nachbehandlung der Residuen mit Finsentherapie.

Marcel Pinard, Pierre Vernier und Frl. *A. Corbillon:* Behandlung einer Sklerodermie mit Novarsenobenzol und Organotherapie. Erythrodermie durch Arsen. Besserung.

Bei der 58jährigen Patientin mit alter Lues, die bereits vielfach spezifisch behandelt worden war, erfolgte Besserung nach intravenösen Injektionen von 914 und Thyreoid-Extrakt. Auch eine eingetretene Arsen-Dermatitis mag dabei eine Rolle gespielt haben.

Pierre Nicolsky: Über die Ursachen der tiefen Gangrän nach Hg- und Bi-Injektionen.

Studien über den Mechanismus des Zustandekommens durch Tierversuche an Hunden und Kaninchen (Dr. *Kogévnikov*).

Frau Noel: Die filiforme Dusche. Ihre technische Einrichtung.

Technische Einzelheiten über die Installation (mit Abbildungen) sowie über den Wasserschutz von Arzt und Patienten.

J. Montpellier, A. Catanéi und *L. Colonieu:* Die Glossitis Jamin; klinische Studie und ätiologische Bemerkungen zu den in Algier beobachteten Fällen.

Anschauliche Schilderung (mit Abbildung) der depapillierenden 1 bis 3 Monate alt werdenden Affektion, welche von der Mitte der Zunge deren ganze Oberfläche überzieht und starkes Brennen verursacht. Sie gleicht der „Herbst-Stomatitis" (*Jamin*, Tunis, 1917). 6 mal (unter 18 Fällen) wurde kulturell *Monilia* gefunden. Verfasser glauben an eine infektiöse Ätiologie, möchten aber den erhobenen Befund (Monilia) dafür nicht in Betracht ziehen. Literatur.

G. Hufschmitt: Heilung eines Falles von Lichen durch Stovarsol.

Beitrag zu 3 vorher besprochenen, mit Tréparsol geheilten Fällen.

L. M. Pautrier: Neuer Fall eines akuten generalisierten Lichen planus, der durch Novarsenobenzol bei einer Luetischen hervorgerufen wurde. — Generalisierte exfoliierende Erythrodermie mit Ödem und Nässen, die sich 48 Stunden später entwickelt hatte und den Lichen planus überdeckte. — Histologische Bestätigung des Lichen planus.

Auf Grund der nunmehrigen Erfahrungen von *P.* kann der Lichen planus nach Novarsenobenzol folgendermaßen verlaufen: Zuerst exfoliierende Arsen-

Digitized by Google

Erythrodermie und dann bei deren Verschwinden Lichen planus; oder der Lichen planus erscheint gleichzeitig mit einer leicht verrukösen erythematös-pigmentierten Eruption, welche die Arsen-Intoxikation bezeichnet; oder der Lichen planus erscheint ohne andere Hauterscheinungen, und sein Arsencharakter ist durch die Reaktion bei jeder neuen Injektion gekennzeichnet; oder der Lichen planus beginnt rein, generalisiert, geht dann in Erythrodermie mit ödematöser Durchtränkung über.

Hudelo, Rabut, Kaplan und *Ragonneau:* 2 Fälle von Hodgkinscher Erkrankung, Exitus an akuter Lungentuberkulose.

Hinweis auf die nicht seltene Kombination beider Erkrankungen (nach *Guggenheim* bei 130 Fällen in 27%).

L. Marceson und *R. Cavaillès:* Vakzine in Pflasterform.

Die Pflastermasse erhielt 20%igen Zusatz einer Bakterien-Emulsion (500 Millionen Keime in 0,01 g), bestehend aus Staphylokokken, Streptokokken, Pyocyaneus usw. So enthält das Quadratzentimeter Pflaster 500 Millionen Keime. Ein Bericht über die damit bei infektiösen Prozessen gewonnenen Erfahrungen folgt später.

H. Jausion und *A. Pecker:* Fiebertherapie des Ulcus molle durch intravenöse Injektion von Sporo-Vakzine (Bacillus subtilis mit Sporen).

Angaben über die Vakzinebereitung und die Anwendung, wodurch Fieber bis 40,5° erzeugt wird. Meist genügen 4 intravenöse Injektionen in 5tägigen Abständen.

Th. Photinos: Der Streptokokkus der normalen Haut.

Ausführliche Untersuchungen über den Keimgehalt scheinbar normaler Haut bei 50 Personen (32 waren positiv, 18 negativ; davon der Nasenrücken 27mal positiv, 23mal negativ; die Falte hinter dem Ohr 23mal positiv, 26mal negativ; die Ellenbeuge 9mal positiv, 18mal negativ).

Veyrières: Teer-Kaliseife.

J. Nicolas, Jean Lacassagne und *G. Samaan:* Über den Mechanismus der Veränderung des allergischen Zustandes unter der Behandlung mit Vakzine nach *Nicolle* und *Durand* im Laufe der Ulcus-molle-Infektion.

Verfasser hatten früher gefunden, daß unter der genannten Vakzine nach zirka 4 Injektionen der Zustand der Allergie in einen vorübergehenden der Anergie übergeht. Jetzt weisen sie nach, daß gewöhnliche Proteinkörper und andersartige Vakzine eine solche Anergie nicht zur Folge haben, es sich also um eine spezifische Wirkung der genannten Vakzine handeln muß.

Zurhelle (Bonn).

Digitized by Google

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Syphilis.

Therapie.

A. Joseph-Berlin: **Über die Beziehungen der Erreger bei der experimentellen kombinierten Rekurrens-Nagana-Infektion.**

H. Th. Schreus-Düsseldorf: **Zu vorstehender Bemerkung des Dr. A. Joseph.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 15.

Während *Joseph* glaubt, daß wohl keine direkte Beeinflussung von Rekurrensspirochäten und Trypanosomen vorhanden ist, wodurch das eine Krankheitsbild zeitweise unterdrückt werden kann, glaubt *Schreus* an eine solche gegenseitige Beeinflußbarkeit. Er hat in mehreren Fällen beobachtet, daß es zu einer fast völligen Unterdrückung der Nagana durch Rekurrens kam; das Umgekehrte trat zwar nie ein. Ebenso kam es niemals zu einer völligen Heilung der Rekurrensinfektion. Die Ergebnisse lassen aber noch keine Schlüsse auf das Problem Malaria-Lues zu. *Krüger*-Sagan.

J. H. St. John: **The early appearence of gametocytes in artificially induced tertian malaria. (Das frühzeitige Erscheinen von Gametozyten bei künstlich übertragener Malaria tertiana.)** Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Bd. 88. Nr. 20.

Bei Patienten, die wegen progressiver Paralyse mit Malaria tertiana behandelt wurden, zeigte sich, daß Gametozyten einige Zeit nach dem ersten Anfall festgestellt werden konnten. Dieses zeigt, daß dort, wo Anophelesmücken vorhanden sind, eine Übertragungsmöglichkeit der therapeutisch angewandten Malaria auf die Umgebung besteht.

Memmesheimer-Bonn.

E. Weiß-Triest: **Unübertragbarkeit der Impfmalaria durch Anophelen.** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 52.

Bei geimpften Paralytikern wurden Anophelesmücken während der Fieberanfälle mit Drahtnetzkäfigen auf den Körper aufgesetzt, um zu saugen. Die mikroskopische Untersuchung der Anophelen ergab keine einzige Oozyste, trotzdem bei einem Impfstamm im Blute manchmal der Nachweis von Gameten möglich war. Diese Versuche wurden mit mehreren Tertianastämmen über 3 Jahre angestellt, stets mit demselben negativen Resultat. *Krüger*-Sagan.

E. Cuboni-Mailand: **Gametenfreie Plasmodium-vivax-Stämme.** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 51.

Eingehende Blutuntersuchungen bei 14 mit Plasmodium vivax geimpften Paralytikern ergaben in jedem Falle reichlich Plasmodien in jedem Ausstrich; aber niemals konnten in den Präparaten Gameten festgestellt werden. Es wurde besonders erst nach mehreren Fieberanfällen untersucht, weil die Gameten auch bei der natürlichen Malaria erst nach einigen Fieberanfällen im Blute zu erscheinen pflegen. *Krüger*-Sagan.

H. Th. Schreus-Düsseldorf: **Über die wechselseitige Beeinflussung von Rekurrens- und Nagana-Erregern.** Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Während die alleinige Infektion mit Nagana meist tödlich endet, gelingt es durch gemischte Infektion mit Spirillen und Trypanosomen,

Digitized by Google

die Tiere längere Zeit am Leben zu erhalten. Meist kommt es dabei zu einem scheinbaren völligen Verschwinden der Rekurrenserreger; aber mit genaueren Untersuchungsmethoden gelingt dann meist doch noch ihr Nachweis. Stets ist die gegenseitige starke Beeinflussung der Erreger deutlich. Wie weit die Verhältnisse bei der Malariatherapie der Lues eine Rolle spielen, ist vorläufig noch nicht zu entscheiden.

Krüger-Sagan.

Syphilis. Soziales.

Medical society for the study of venereal diseases. (Ärztliche Gesellschaft zum Studium von Geschlechtskrankheiten.) Erste Tagung zu Cambridge am 29. Jan. 1927. Vorsitzender *Rolleston*.

Harrison erläutert an Hand von Geschlechtskrankheitenfilmen, wie er sich den Film am besten in den Unterrichtsdienst gestellt denkt als Unterstützungsmittel bei Vorlesungen. *Searle* weist unter Vorführung einiger anatomisch-pathologischer Präparate auf die Gonorrhöe hin als Wegebereiterin stark virulenter Streptokokken, die nur zu oft zu Puerperalfieber mit tödlichem Ausgange führen. *Canney*, *Logan* und *Harrison* unterstreichen diese Zusammenhänge und raten dringend zu Gonorrhöebehandlung schon während der Gravidität. Darauf gemeinsames Mittagessen, an dem 30—40 Ärzte teilnahmen. *Siegfried*-Aachen.

Chambers: **Prostitution in relation to venereal diseases. (Prostitution in ihrem Verhältnis zu den Geschlechtskrankheiten.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 5.

Von 466 Prostituierten in Neuyork erwiesen sich auf Serumprobe gonorrhoisch 65 %, syphilitisch 48 %. Alle polizeilichen Zwangsmaßnahmen gegen die Prostitution haben bislang versagt. Die einzigen Länder ohne solche sind Holland und England. In England ist die Zahl der geschlechtskranken Prostituierten im Zeitraum von 1920—1923 gesunken von 85000 auf 55000. Gäbe es eine wirklich wirksame Form der polizeilichen Maßnahmen, dann wären diese noch immer das sicherste Mittel, alle Kranken zu fassen. Aber die Geschichte dreht sich immer im Kreis. Heute ist die öffentliche Meinung gegen staatliche Eingriffe. Aber dieser Kampf währt schon seit einigen Zeiten, und keinerlei Maßnahme hat Erfolg gehabt, weder Duldung, Regulation noch Verbot, um die Prostitution auf ein erträgliches Maß herabzudrücken. 7 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

Medico-legal problems in relation to venereal diseases. (Medizinisch-juristische Fragen bei Geschlechtskrankheiten.) 1. *Crookshank*, 2. *Wort*, 3. anschließende Diskussion. The B. j. o. v. dis. 1926. 5.

Bei der großen Länge und den vielen Einzelheiten zum Referat nicht geeignet. 1. *Crookshank* ist gegen jede gesetzliche Regelung, die in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten eingreifen könnte. 2. *Wort* verteidigt den Richter gegen den oft von ärztlicher Seite erhobenen Vorwurf, als arbeite er grundsätzlich gegen die Ärzte. Der Richter müsse entsprechend der öffentlichen Meinung Recht sprechen, denn im Rechte käme das öffentliche Gewissen zum Ausdruck. Erst wenn die Ärzte dieses öffentliche Gewissen in ihrem Sinne erzogen hätten, könnten die Richter ihnen weiter folgen.

Alle in obige Kategorie fallenden Fragen zu beantworten, ist meistens dadurch erschwert bzw. unmöglich gemacht, weil der heutige Stand der Diagnostik, der Prognose, z. B. beim Heiratskonsens Luetischer, noch auf zu schwankendem Boden steht. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

J. Saks u. *L. Hjin:* **Zum Studium der Häufigkeit der venerischen Krankheiten in der Burjato-Mongolei.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 9.

Während einer dreimonatigem Expedition in die Burjato-Mongolei untersuchten die Verf. 2270 Personen dreier Bezirke, was 93,6 % der Gesamtbevölkerung derselben ausmachte. Es erwiesen sich unter derselben 44 % syphilitisch infiziert, und zwar darunter mit noch frischer 22,5 % und mit gummöser Syphilis 77,5 %. Die Infektion war erfolgt auf geschlechtlichem Wege in 42,2 %, auf extragenitalem Wege in 16,2 %, auf kongenitalem Wege in 7,8 % und unbestimmt in 33,8 %. Fälle von unzweifelhafter Neurolues wurden 13 gefunden. Hinsichtlich der Gonorrhöe können die Verf. nur sagen, daß von den Kranken, welche zur Behandlung kamen, an Tripper litten, unter der männlichen Bevölkerung 72,1 %, unter der weiblichen 11,4 %. *A. Jordan.*

Rotstein: **Über das Geschlechtsleben der Arbeiter.** Westnik Sowremennoi Medicini. 1927. Nr. 18.

Eine Umfrage unter verschiedenen Gruppen der Arbeiterbevölkerung ergab, daß die Onanie unter ihnen oft vorkommt, aber meist aufgegeben wird bei Erkenntnis ihrer Schädlichkeit, daß den geschlechtlichen Verkehr die Mehrzahl vor dem 17. Lebensjahr aufnimmt, wobei Verkehr mit Prostituierten nur diejenigen Gruppen derselben hatten, welche an die Stadt gebunden waren. Außereheliche Verbindungen kamen besonders bei denjenigen Gruppen vor, welche nicht in Fabrikräumen arbeiteten, sondern herumreisten und mit verschiedenen Bevölkerungsschichten, wie die Miliz, in Berührung kamen. Der Prozentsatz der Kranken betrug unter den Arbeitern 25—30 %. *A. Jordan.*

Fergus Hallidan u. *Mac Gregor:* **Reports on blindness in Glasgow (Joint committee for the South-West of Scotland for the Administration of the blind persons act, 1920), 1926. (Bericht über Blindheit in Glasgow) (Allgemeine Blindenkommission für den Südwesten Schottlands, 1920), 1926.**

Statistik. Bei 1206 erwachsenen Blinden aus einer Gesamtzahl von 1587 konnte in einem Drittel der Fälle Blindheitsursache festgestellt werden. 17 % von ihnen resultierten von Geschlechtskrankheiten, 4,8 % waren gonorrhoisch bei Geburt erblindet. Erworbene Lues war in 6,8—7 %, kongenitale in 5,8—7,8 % nachweisbar. *Siegfried*-Aachen.

Lass: **Venerismus unter den Studenten.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 7.

Auf eine Umfrage unter den Studenten Odessas gaben 1800 Antworten, und zwar 1234 Männer und 473 Frauen. Von den ersteren gaben 300, von den letzteren bloß 2 an, venerisch krank gewesen zu sein. Von den 300 Männern hatten 21, d. h. 7 %, Syphilis, 232, d. h. 77,3 %, Gonorrhöe und 47, d. h. 15,7 %, Ulc. molle gehabt. *A. Jordan.*

Rossow: **Zur Terminologie der außergeschlechtlichen Syphilis.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 19. (Russisch.)

In der Literatur finden sich verschiedene Beobachtungen von Primäraffekten an den Geschlechtsteilen, welche, wie z. B. bei kleinen Kindern,

Digitized by Google

nicht geschlechtlich erworben worden waren, und ebenso Primäraffekte an von den Geschlechtsorganen entfernt gelegenen Stellen, welche doch erotischen Ursprungs waren. Infolgedessen paßt nicht immer die Bezeichnung geschlechtliche bzw. außergeschlechtliche Infektion oder Schanker. Verf. plädiert, dieser Frage näherzutreten und proponiert, die Bezeichnungen „geschlechtlich erworbener extragenitaler Schanker" und „genitaler, außergeschlechtlich erworbener Schanker" und für die Lokalisation nur die Bezeichnungen „genitaler" bzw. „extragenitaler Schanker" anzuwenden.

A. Jordan.

Klebanow: **Zur Frage des Geschlechtslebens des Bauern.** Westnik Sowremennoi Medicini. 1927. Nr. 8. (Russisch.)

Verf., als Teilnehmer einer fliegenden Kolonne in dem Kanton Tschistopol, ca. 150 Werst von der Stadt Kasan entfernt, zum Zwecke von Untersuchungen in bezug auf venerische Krankheiten, konnte 351 Bauern, darunter 242 Russen, 96 Tataren und 13 Tschuwaschen, intim ausfragen über das geschlechtliche Leben. Hierbei erkannte er, daß das geschlechtliche Leben des Bauern viel später beginnt als dasjenige des Städters, und daß die Jugend unter den Bauern in geschlechtlicher Hinsicht viel zurückhaltender ist als diejenige der Stadt, besonders unter den Tataren. Im Gegensatz zur Stadt, wo die Prostituierte das Objekt der ersten geschlechtlichen Annäherung bildet, ist es im Dorf eine Bekannte. Die Onanie ist unter der bäuerischen Bevölkerung, und besonders unter der tatarischen, sehr verbreitet. *A. Jordan.*

Mibelli, A.: **Syphilis und bürgerrechtliche Verantwortlichkeit.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 3. S. 970.

Mibellis Ausführungen gipfeln in folgenden Schlußsätzen: 1. Die Syphilis stellt für die Gesundheit des Individuums eine immer bemerkenswerte, häufig schwere, manchmal sehr schwere Benachteiligung dar. Diese gesundheitliche Benachteiligung hat zur Folge eine deutliche wirtschaftliche Schädigung, zum Teil durch eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit, zum Teil durch vielfältige Herabsetzungen auf moralischem Gebiete, welche sich in Minusreaktionen der zum väterlichen Erbteil gehörigen Aktivität äußern. 2. Die syphilitische Infektion kann zu Schadenersatzpflichten von seiten des Angesteckten gegenüber dem Infizierenden führen. 3. Die Modalität der Infektion, auf die sich das richterliche Urteil stützen muß, kann zwar nicht immer, aber bei vielen Fällen nachgewiesen werden; doch kann auch dieser Nachweis auf Schwierigkeiten stoßen und nicht mit absoluter Sicherheit erfolgen. 4. Die dem Angesteckten zustehende Entschädigung muß bewertet werden nach den Schädigungen, zu denen die Ansteckung geführt hat, und nach denen, zu welchen sie sicher führen wird, abgesehen von den Schädigungen, welche wahrscheinlich eintreten werden. Die Entschädigung muß demgemäß immer eine hohe sein.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Geft: **Ein Beitrag zur Frage des Geschlechtslebens der zeitgenössischen Jugend.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 8.

Von den vom Verf. mittels Umfrage befragten Zöglingen und Zöglinginnen der höheren Shitomirschen Lehranstalten standen im Alter von 16—21 Jahren 774, in demjenigen von 22—26 Jahren 258 und im 26. Lebens-

Digitized by Google

jahr 114 Personen; darunter waren Hebräer 496, Ukrainer 528, Russen 61, Polen 34 und andere Nationalitäten 27. Es gehörten 85,8 % dem Arbeiter- und Bauernstande an. Das erste Geschlechtsgefühl begann bei 31 % der männlichen und 17 % der weiblichen Jugend vor dem 10. Lebensjahr und vor dem 14. Lebensjahr bei den ersteren in 68 %, bei der letzteren in 47 %. Es hatten onaniert 52 % der Männer und 17 % der Frauen. Das Onanieren dauerte

	bei Männern:	bei Frauen:
weniger als 1 Jahr	in 28,6 %	41,5 %
1—5 Jahre	„ 46,4 %	26 %
über 5 Jahre.	„ 25 %	32,5 %

Die Menses setzten bei Hebräerinnen in 10 %, bei den übrigen Nationen in 6 % vor dem 13. Lebensjahre ein. Mit 17 Jahren menstruieren 91 % Hebräerinnen und 84 % der übrigen. Ein geschlechtliches Verlangen empfinden 95 % der Männer und 42 % der Frauen; dementsprechend übten 70 % der männlichen und 22 % der weiblichen Jugend den Geschlechtsverkehr mehr oder weniger regelmäßig aus. Von den nicht geschlechtlich lebenden Jünglingen und Jungfrauen gaben 35 % Furcht vor venerischen Krankheiten, 28 % fehlende Gelegenheit, 17 % sittliche Motive, 10 % Furcht vor eintretender Vaterschaft usw. als Motiv der Enthaltsamkeit an, während bei den Jungfrauen in 37 % moralische Bedenken dazu vorlagen. Enthaltsamkeit zu üben, ist sowohl bei dem männlichen wie weiblichen Geschlecht viel leichter für diejenigen, welche noch nie den Koitus ausgeführt haben, als für die anderen. Verheiratet waren 11 % der Männer und 15 % der Frauen. 60 % der männlichen Jugend gab an, daß das geschlechtliche Leben eine große Rolle in ihrem Leben spielt, während für 39 % dasselbe bedeutungslos war. Interessant sind noch die Angaben der Jugend, von wem sie die ersten Aufklärungen über das Geschlechtsleben erhielten: Von den Eltern nur 22 % der Knaben und 6 % der Mädchen, vom Arzt bloß 8 % der Knaben und 16 % der Mädchen und vom Lehrer noch weniger, nämlich 4 % der ersteren und 7 % der letzteren. Alle übrigen empfingen die ersten Mitteilungen hierüber von Mitschülern usw. *A. Jordan.*

Choroschin: **Zur Frage des Rückgangs der Syphilis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 4. (Russisch.)

Die Verminderung der Erkrankung an frischer Syphilis in der Stadt Odessa beträgt im Laufe der vier letzten Jahre im Vergleich mit den Vorkriegsjahren 75 %. Auch die Erkrankungsziffer an Syphilis überhaupt zeigt in diesen Jahren eine Neigung zum Rückgang, und zwar um 41 %. Da aber dieser Rückgang hauptsächlich bei den Frauen, aber weniger bei den Männern beobachtet wird, ist derselbe prognostisch noch nicht als ganz zuverlässig anzusehen, wobei die Aufklärungsarbeit noch weiter vertieft werden muß. *A. Jordan.*

A. Jordan: **Zur Frage des Schicksals der Syphilitischen.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 8.

Die Schwierigkeit, das Geschick der eigenen Kranken mit Syphilis jahrzehntelang verfolgen zu können, gab Verf. Anlaß, 100 seiner Privatkranken, welche teils wegen verschiedener Dermatosen, teils wegen luetischer Späterscheinungen sich an ihn wandten, zu gruppieren. Es erwies sich, daß sich unter 100 Personen, deren Syphilis 10—30 Jahre zurücklag,

Digitized by Google

43 nicht die geringsten Zeichen von Lues aufwiesen bei negativem Wassermann, 17 bei positivem Wassermann, 13 waren neurasthenisch, 6 herzleidend, 10 hatten Tabes dors., 2 Lues cerebri, 8 Lues III, 1 Iritis. Wenn auch unter den scheinbar Genesenen die gut Behandelten (ca. 10 Hg-Kuren teilweise in Kombination mit NS.) überwogen, gab es doch auch unter allen übrigen etwa zur Hälfte gut und schlecht behandelte. Für den schlechten Ausgang hat Alkoholmißbrauch einen großen Einfluß, das Alter bei der Infektion einen geringen. *A. Jordan.*

Jukelis u. *Schneierson:* **Vorläufige Angaben über das Schicksal der syphilitischen Kranken, welche von 1922—1925 im Moskauer staatlichen venerologischen Institut stationär behandelt wurden.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 2.

21 Syphilitiker, welche im seronegativen Stadium in Behandlung traten, blieben rezidivfrei, von 186 Kranken in teils seropositivem Stadium, teils mit Lues II recens bekamen 8 klinische, 12 serologische Rezidive. Die Behandlung war eine kombinierte Hg bzw. Bi-NS. *A. Jordan.*

Rudnitzki: **Die Tätigkeit der venerologischen Sektion.** Moskowskij Medicinskij Journal. 1927. Nr. 5.

Laut Statistik der Moskauer venerologischen Sektion macht sich in Moskau ein Rückgang der venerischen Krankheiten bemerkbar; nur die Fälle von Neurolues haben zugenommen.

Es betrug die Anzahl der Kranken mit:

	im Jahre 1924 aller Kranken	im Jahre 1926
Syphilis I	1,9%	0,9%
„ II manifest	4,9%	1,6%
„ III „	2,1%	1,5%
„ II latens	10,2%	4,1%
„ III „	9,6%	7,0%
Erbsyphilis	3,8%	2,8%
Neurolues	0,5%	1,7%
Tripper	27,6%	27,1%
Ulc. molle	2,2%	1,3%

A. Jordan.

Lass: **Zur Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Gefangenen.**

Batunin: **Die venerischen Krankheiten unter den Gefangenen.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 2.

Ersterer untersuchte die Gefangenen Odessas, letzterer diejenigen Kasans. Von den ersteren litten 25,6% an Tripper, 15,4% an Syphilis und 3% an Ulc. molle; von den letzteren hatten 14% Syphilis und 11% Tripper; es gaben aber zu, an Tripper gelitten zu haben, 39%.

A. Jordan.

Grschebin-Smolensk: **Illustration der Sittensyphilie (Syphilis insontium) im Gouvernement Smolensk.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 16.

Es werden mehrere Fälle von schwerem Tertiarismus beschrieben mit ausgedehnten Haut- und Knochensymptomen, bei denen die Infektion schon lange zurückliegt, und die, trotzdem sie teilweise in ärztlicher Behand-

Digitized by Google

lung waren, niemals spezifisch behandelt worden sind. Interessant ist, daß das Nervensystem und der Liquor bei diesen Fällen vollkommen gesund ist. Außerdem werden dann einige Familieninfektionen aus dem Regierungsbezirk Smolensk beschrieben, bei denen fast alle Mitglieder eines Haushaltes von manifesten Lues II-Symptomen befallen sind. Eine Behandlung hat in den meisten Fällen bis zur Aufdeckung durch die Klinik nicht stattgefunden. Verf. betont, daß die Aufdeckung dieser Familieninfektionen ein sehr wichtiger Faktor in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Rußland sei. *Krüger*-Sagan.

H. Westphalen-Hamburg: **Beitrag zur Frage der Abnahme der Geschlechtskrankheiten.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 13.

An Hand einer Statistik wird gezeigt, daß beim dortigen Material nach einer starken Steigerung im Jahre 1920 die Zahl der an Ulcus molle Erkrankten ständig und in sehr deutlichem Ausmaße zurückgegangen ist. Ganz besonders auffallend ist der Rückgang beim weiblichen Geschlecht. Während im Jahre 1926 in der dortigen Klinik noch 47 Männer behandelt wurden, standen nur 2 Frauen mit Ulcus molle in Behandlung. Es wird angenommen, daß die Pathogenität der Streptobazillen für die Frau meist geringer ist, so daß es nur zu kleinen oberflächlichen Ulzerationen kommt, die spontan abheilen. Solche Frauen würden dann zu Bazillenträgern und die Quelle für neue Infektionen beim Manne werden. *Krüger*-Sagan.

Kolle u. *Laubenheimer:* **Zur Frage des Rückgangs der Syphilis und der Änderung ihres Charakters.** D. m. W. 1927. Nr. 1.

Im Anschluß an die Umfrage *Jadassohns* wurde das große Material der serodiagnostischen Abteilung des Staatsinstituts für experimentelle Therapie Frankfurt a. M. (20—25000 serodiagnostische Untersuchungen pro Jahr) für den Zeitraum von 16 Jahren kritisch gesichtet. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß die Syphilis von 1910—1926 mit Unterbrechungen durch die Kriegs- und Nachkriegszeit nicht unerheblich abgenommen hat. Die Kriegseinwirkungen auf die Zahl der frischen Infektionen sind heute nicht nur ausgeglichen, sondern im laufenden Jahre sind um die Hälfte weniger klinisch und serologisch sichere Fälle von Lues I und II als im Jahre 1910 zur Untersuchung gekommen. Das Parallelgehen der Kurve für Lues latens mit der Kurve für Lues I und II und ihr Gipfel 2—3 Jahre nach dem Maximum der frischen Infektionen im Jahre 1918 ist ein Beweis für die Richtigkeit der angestellten Berechnungen. Die Ursache für den Rückgang der Syphilis ist in der kombinierten Salvarsantherapie zu suchen. Nach den Tabellen der Verf. kann von einer prozentualen Zunahme der Metasyphilis seit 1913 nicht gesprochen werden, und es besteht kein Grund, von der möglichst energischen und möglichst frühzeitigen spezifischen Behandlung abzugehen. *O. Dittrich*-Kiel.

Selmanowitsch: **Zur Charakteristik der epidemischen Syphilis und einiger Hautkrankheiten unter den nomadisierenden Kirgisen.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 3.

Verf. konstatierte Skabies in 12%, Tuberkulose in 7%, Favus und Trichophytie zusammen in 2,4%, Syphilis in 34,3%. Hinsichtlich der Syphilis war von Interesse, daß Primäraffekte selten, statt dessen meist sekundäre und tertiäre Erscheinungen oft gleichzeitig beobachtet wurden, während Affektionen der viszeralen Organe, der Gefäße und des Nervensystems selten waren. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Dermatologie. Pilzerkrankungen.

T. Benedek-Leipzig: **Beitrag zur Kenntnis der rein epidermalen Sporotrichosen.** Dermo-epidermitis sporotrichotica, verursacht durch eine neue Art von pathogenem Sporotrichum: Sporotrichum Lipsiense nov. spec., unter besonderer Berücksichtigung der Serumdiagnose und der experimentellen Sporotrichose. Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 47—51.

Beschreibung einer Dermatose bei einer Frau von 40 Jahren, die in den letzten 10 Jahren Leipzig kaum verlassen hat und schon längere Zeit ergebnislos wegen eines Ekzems behandelt worden war. Die Affektion war an Hals, Kopf, Brust, Rücken und Leistengegend lokalisiert und zeigte ein sehr polymorphes Aussehen. Einzelne Stellen erinnerten an oberflächliche Trichophytie, andere an Impetigo und Akne, wieder andere an Intertrigo, seborrhoische und pityriasiforme Effloreszenzen. Allen gemein war, daß sie der Pat. einen sehr intensiven Juckreiz verursachten. In Hautschuppen, Eiter und Schnittpräparaten wurden hefeartige Gebilde nachgewiesen, meist mit Leichtigkeit und in derselben morphologischen Form. Kulturell waren die Pilze aus den verschiedensten Effloreszenzen auch stets gleich. Aus diesen Befunden wurde auf Sporotrichose geschlossen, und die Therapie Jodkali intern und Jodtinktur extern bestätigte den Verdacht. Nach kurzer Zeit bildeten sich die verschiedensten Effloreszenzen zurück, und der Juckreiz ließ nach. Da Pat. zu früh mit der Therapie aussetzte, entwickelte sich ein Rezidiv, das sich klinisch unter dem Bilde eines Lichen zeigte und bei der Untersuchung sich als ein Lichen sporotrichicus herausstellte, in dessen Schuppen ebenfalls die Pilze nachzuweisen waren. Allmählich heilte dann die ganze Dermatose ab und blieb bei längerer Beobachtungszeit geheilt. Bemerkenswert an diesem Falle ist, daß trotz längeren Bestehens der Sporotrichose die ganze Affektion sich nur rein epidermal abspielte, niemals waren subkutane Knoten, Lymphangitiden oder Vergrößerungen von Lymphdrüsen festzustellen. Bisher ist die rein epidermale Lokalisation der Sporotrichose noch nicht beschrieben worden. Stets waren auch in diesem Falle die Blutkulturen steril. Bei dem aufgetretenen Lichen sporotrichoticus glaubt Verf. an eine exogene Übertragung der Pilze durch Kratzen und hält den lichenoiden Effloreszenzentyp für eine Allergieerscheinung der Haut in Analogie mit den Tuberkuliden. Der Intertrigo ist nach seiner Auffassung auch primär durch die Pilze entstanden, und nicht infolge der Mazeration der Haut haben sich sekundär die Pilze erst auf ihr angesiedelt. Es wird dann eingehend das Verhalten des Erregers in der Kultur beschrieben und derselbe als Sporotrichum Lipsiense (*Benedek*) bezeichnet. Die Erregernatur dieses Pilzes konnte durch die Serumdiagnose sichergestellt werden. Ebenso gelang es, trotz der vorhandenen Thermolabilität des Pilzes, experimentell an weißen Ratten Sporotrichose zu erzeugen, und aus exzidierten Herden der Ratten gelang ebenfalls die Retrokultur. *Krüger*-Sagan.

Harry R. Foerster: **Sporotrichosis, an Occupational Dermatosis. (Sporotrichose als Arbeitsdermatose.)** Milwaukee, Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Nr. 20.

In 5 Jahren gelang es dem Verfasser, 18 Fälle von Sporotrichose zu beobachten. Diese zeigten sich meist bei Arbeitern, die mit dem Barberrystrauch in Berührung kamen und sich an seinen Dornen ver-

Digitized by Google

letzten. Es gelang ihm jedoch nicht, von Barberrysträuchern Erreger auf Nährböden zu züchten. Im Gegensatz zu den in Frankreich beobachteten Fällen verliefen diese Erkrankungen meist ohne Komplikationen. Jedenfalls wurden keine Lungenkomplikationen beobachtet. Verf. unterscheidet drei Typen: den tuberkuloiden (Fistelöffnungen, schlaffe Ränder, blutiger Eiter), den syphililoiden (kraterartiger, scharfer, infiltrierter Rand) und den ekthymaartigen (mehr oberflächlich, starke Krustenauflagerung) Typ. Zur Differentialdiagnose ist die Intrakutanreaktion nach *Bloch* hinzuzuziehen. Therapeutisch wird empfohlen: Jodkali 2—3 g pro die per os. Ferner örtlich Umschläge mit Jodlösungen und Röntgenbestrahlungen. Eventuell kann das Jodkali auch intravenös gegeben werden. Immunität wurde nicht beobachtet. *Röntz*-Bonn.

A. Mibelli: **Kulturen des Sporotrichum Gougerot bei einer Epidermomykose.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 823.

Bei einem Falle, der klinisch als Epidermophytie der Achselhöhle imponierte, ergab die Kultur einen Pilz, den *Pollacci* als Sporotrichom Gougerot indifizierte. Nach der Ansicht von *Mibelli* sind reine epidermale Fälle, die durch das Sporotrichom verursacht werden, offenbar häufiger als man allgemein annimmt. Der Fall erinnert an den Fall *Benedeks* (Dermatol. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 47ff.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

J. Fabry-Dortmund: **Über akneförmige Blastomykosis cutis.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 25.

Es wird nochmals auf einen Fall verwiesen, der bereits im Jahre 1905 an anderer Stelle veröffentlicht worden ist. Es handelt sich dabei um ein Krankheitsbild, das unter der Form der Akne conglobata verlief und sich in derben tiefen Herden äußerte. Dieselben erweichten nur sehr langsam und unvollkommen und bestanden bis zu ihrer narbigen Abheilung lange Zeit. In den Detritusmassen waren Hefen nachweisbar. Dem Aufsatz sind eine farbige Abbildung und histologische Schnittbilder beigegeben. Auf letzteren sieht man Riesenzellen mit Hefen beladen. *Krüger*-Sagan.

Eduard Neuberg-Debreczin: **Beiträge zur Pathogenese und Therapie der Gilchristschen Blastomykose.** A. f. D. Bd. 149. S. 182.

Bei einem 53jährigen Bauern bestehen seit 5 Jahren an der Haut der Unterarme, Unterschenkel und des Schlüsselbeins hyperämische Flecke, Bläschen, Pusteln, Akneknoten, infiltrierte Herde, Abszesse, Geschwüre und Narben in der mannigfaltigsten Kombination. Histologisch fanden sich Mikroabszesse mit Blastomyzeten, Reinfektion mit Reinkultur derselben gelang, und die Heilung des Pat. erfolgte nach Behandlung mit alkoholischem Blastomyzetenextrakt (Blastomykosin). *Hopf*-Hamburg.

M. Meckel-Dortmund: **Weitere Mitteilungen über erosive Blastomykosen.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 25.

Bei eingehender Untersuchung des einschlägigen Materials konnte festgestellt werden, daß es sehr häufig gelingt, Pilze nachzuweisen. In der Hauptsache sind die Affektionen an wenig gelüfteten Hautstellen zu finden, wie Interdigitalfalten der Hände und Füße, Genital- und Analgegend, seltener Regio submamillaris. Charakteristisch ist die Erosion, die Umgebung ist erythematös gerötet, Bläschen und Pustelbildung kommt

Digitized by Google

vor, ist aber nicht so häufig. Der Krankheitsprozeß beschränkt sich auf die Epidermis, geht nie auf die Kutis über, der Verlauf ist äußerst chronisch. Charakteristisch für die Affektion ist der sehr intensive Juckreiz. Die Erreger der Krankheitsbilder sind Hefen, hauptsächlich Soor oder soorähnliche. Die Ansiedlung der Hefen auf der Epidermis wird durch leichte Feuchtigkeit und Wärme begünstigt, Diabetiker neigen besonders dazu. Experimentell ist es gelungen, bei Diabetikern die Hefen auf unverletzter Haut anzusiedeln, für Tiere ist die Pathogenität der Hefen äußerst gering.

Krüger-Sagan.

Scott: **Oidiomycosis of the nails. (Oidiomykose der Nägel.)** The B. J. of Derm. a. S. 1927. 3.

Es gelang dem Verf., kulturell aus dem Abgeschabsel einiger erkrankter Nägel von einer Krankenschwester einen Hefepilz zu kultivieren, und zwar besonders gut anaërob. *Sabouraud*scher Nährboden. Junge Kulturen zeigen keine Myzelien, ältere aber verzweigen sich in gegliederten Myzelien, die an den Enden flaschenförmig angeschwollen sind, was bei gewöhnlichen Hefekulturen nicht vorkommen soll. Die meist nur im mittleren Drittel ergriffenen Nägel werden am besten abgeschabt bis zum Krankheitsherd, falls, wie in unserem Fall, chirurgische Entfernung des Nagels verweigert wird. Die Herde selbst werden dann täglich mit verdünnter Jodtinktur oder Jod-Jodkaliumlösung 1 : 2 : 1000 bepinselt. Während des Tages Acid. benz., Zinci oxydati, Vaseline 1 : 1 : 30 auflegen. Widerspenstige Fälle behandeln mit 1%iger Chrysophansäure. Verf. vermutet, daß die Nägel häufiger, als man glaubt, die Einfallspforten sind für innere Systemerkrankungen durch Hefe- und verwandte Pilze.

Siegfried-Aachen.

Mac Cormac: **Paronychia due to Oospora (Oidium) albicans. (Paronychia durch Oosporon albicans.)** The B. j. of Derm. a. S. 1927. 10.

Verf. gibt die Krankengeschichten zweier zusammenlebender Schwestern die seit 10—30 Jahren an rezidivierenden Attacken anscheinender Eiterung des Nagelwalles mit folgender vorübergehender Zerstörung mehrerer Fingernägel leiden. Der Zustand beginnt mit einem anscheinenden Eiterbläschen am Nagelrande, dessen Inhalt sich aber als aus trockenen Hautschuppen und wenig Leukozyten bestehend erweist, daneben aber Myzelfäden in beträchtlicher Menge und Staphylococcus albus enthält. Myzelien identifiziert als Oosporon albicans. Es handelt sich also um denselben Pilz, der Mundfäule hervorruft, wofür Verf. auch mehrere kurze Kasuistiken aus der Literatur angibt mit Ansteckung vom Munde aus. Dieses Oosporon gehört nicht zu den Hefepilzen, denn es unterscheidet sich von diesen dadurch, daß es nur sehr kurze schwache Hyphen zeigt und daß seine Sporen in Ketten liegen. Hefen haben demgegenüber überhaupt keine Hyphen. Verf. meint, daß bei genauerer Aufmerksamkeit man wohl noch häufiger Hautläsionen, hervorgerufen durch das Oosporon albicans, finden würde.

Siegfried-Aachen.

C. Krauspe: **Untersuchungen zur Biologie des Soorpilzes und zur Pathogenese der Soorkrankheit.** Krankheitsforschung. 1927. IV. S. 1.

In der Kultur hängt die Formbildung des gewöhnlichen Soorpilzes von der physikalisch-chemischen Beschaffenheit des Nährbodens ab. Diese

Digitized by Google

wird durch Angabe von p_H und relative Oberflächenspannung bestimmt. Die Viskosität einer Lösung, der Sauerstoffgehalt und der Reichtum an Nährstoffen scheinen nur von unwesentlicher Bedeutung für die Formbildung des Erregers zu sein. Die Formbildung ist weiter abhängig von rein mechanischen Momenten. So können die zarten Pilzschleier in Kulturflüssigkeiten schon durch leichte Erschütterungen in Wachstum und Form gestört werden. Unter der Voraussetzung, daß eine Lösung schon rein chemisch ein Nährmittel für den Pilz darstellt, wird die Myzelbildung des Soorerregers danach im wesentlichen durch physikalisch-chemische und mechanische Momente bestimmt. Da der Pilz im Tierkörper, sobald die Erkrankung manifest wird, im allgemeinen Myzelien bildet, so sind die genannten Faktoren auch wesentlich für die Ansiedlung des Erregers im Organismus. *Memmesheimer*-Bonn.

C. Krauspe: **Untersuchungen zur Biologie des Soorpilzes, Teil II.** Krankheitsforschung. 1927. IV. S. 139.

Auch in Tierversuchen (perorale Infektion von Ratten, Mäusen, Hunden und Katzen) zeigte sich die Bedeutung physikalisch-chemischer und mechanischer Faktoren für die Haftung des Erregers im Organismus. Eine ausgesprochen saure oder alkalische Ernährung führte zwar nicht zu einem besonders schweren Verlauf der Soorerkrankung bei Ratten und bei Mäusen, jedoch wurden Formbildung und Ansiedlung des Pilzes deutlich beeinflußt. Bei Hunden und Katzen war eine Haftung der Soorinfektion nach Verfütterung von Konidien sehr schwer, erst durch Störung der Magenverdauung (durch gleichzeitige Gaben von Magnesiumsulfat) konnten schwere und sogar tötliche Erkrankungen erzielt werden.

Memmesheimer-Bonn.

M. Truffi: **Über den Pleomorphismus des Epidermophyton inguinale.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 745.

Von einem Falle von Ekzema marginatum der Inguino-Skrotalgegend entwickelten sich auf *Sabourauds* Glukoseagar schon in den Originalröhrchen zwei verschiedene Typen: Der eine entsprach dem Typus des Epidermophyton inguinale *Sabourauds*, der andere, bei schnellerer und üppigerer Entwicklung, durch seine morphologischen Charaktere den pleomorphen Kulturen, welche man gewöhnlich vom Epidermophyton und anderen pathogenen Hyphomyzeten erhält. Diese wolligen, schneeweißen Kolonien verursachten beim Menschen (in den Oberschenkel verimpft) einen runden, erythemato-squamösen Herd, der in etwa 40 Tagen den Durchmesser von 7 cm erreichte. In den Schuppen dieses Herdes fand sich ein Myzelgeflecht; die Rückkultur ergab Kolonien, die den zur Inokulation verwendeten entsprachen. Diese Kolonien wiesen mikroskopisch keine deutlichen Fruktifikationsorgane auf, sondern erschienen aus dünnen, spärlich septierten Myzelien und sehr wenig Chlamydosporen zusammengesetzt.

Der eigenartige Befund läßt sich wohl so erklären, daß ein Pilz, wie das Epidermophyton, welcher so große Tendenz zum Pleomorphismus aufweist, im saprophytischen wie im parasitären Leben Modifikationen eingehen kann, welche die Entwicklung der pleomorphen Form direkt aus den Elementen des Pilzes, der die Hautkrankheit verursacht, ermöglicht. Unter Annahme dieser Vermutung gewinnt die vorliegende Beobachtung ein besonderes Interesse für die Biologie der Hyphomyzeten.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Alexander: **Über die durch den Kaufmann-Wolffschen Pilz hervorgerufenen Hauterkrankungen der Hände und Füße mit besonderer Berücksichtigung der Dyshidrosis sicca lamellosa.** M. K. 1927. 8.

Schon vor 5 Jahren veröffentlichte Verf. eine Studie über Trichophytien der Hände und Füße, die er in zwei Formen teilte, einmal erythematöse, schuppende, zirkumskripte Herde mit manchmal einzelnen oder gruppierten Bläschen meist an Händen, dann zweitens große einzelne oder gruppierte, mitunter sanguinolente Blasen meist an Füßen. Ursache fast immer der *Kaufmann-Wolff*sche Pilz, der damals zur Gipseumgruppe vom Verf. gerechnet wurde. Es handelt sich um einen Trichophytiepilz, der weder zur Endo-, noch Ektothrixgruppe gehört, die Haare freiläßt und sich darauf beschränkt, inguinale Epidermophytien und dyshidrotiforme oder pseudoekzematöse Erkrankungen an Händen und Füßen hervorzurufen. Diese letzteren Erkrankungen haben, wie überall, so nach Verf. auch in Berlin sehr zugenommen in den letzten Jahren. Verf. vermutet als Ansteckungsquelle Strohsandalen oder -matten in Badeanstalten. Besonders aber weist Verf. nunmehr auf eine Varietät der *Kaufmann-Wolff*schen Erkrankung hin, die sogenannte Dyshidrosis sicca lamellosa, die besonders in den heißen Sommermonaten sich neuerdings auffallend breitmacht, meist aber wegen ihrer geringfügigen Beschwerden übersehen wird. Es gibt nach Verf. auch da zwei Formen, einmal die D. s. l. (meist der Hände) in mehr minder deutlicher Ausprägung zusammen mit trichophytischen Läsionen (meist an Füßen), dann aber die alleinstehende D. s. l. (meist nur an Händen) ohne erhebliche Erscheinungen. Merkwürdig ist nun, daß man bei ersterer Form wohl immer an Füßen, wenn diese befallen waren, den *Kaufmann-Wolff*schen Pilz nachweisen konnte, nie aber bei den Formen an den Händen. Trotzdem möchte Verf. am mykotischen Ursprung der D. s. l. der Hände festhalten und sie mit zur Trichophytie zählen. Vielleicht aber liegt eine Trichophytie der Hände vor, verursacht durch avirulente oder wenig virulente Abarten des *Kaufmann-Wolff*schen Pilzes, was aber noch zu erweisen wäre. *Siegfried*-Aachen.

G. Lombardo: **Untersuchungen über das Epidermophyton cruris.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 744.

Lombardo beobachtete einen Fall von nur in der Nabelgegend lokalisierter Epidermophytie, der durch heiße, feuchte Umschläge ausgelöst war. Dieser Fall veranlaßte ihn, mit Kulturen des Epidermophyton Inokulationen auf Haut vorzunehmen, die vorher mit Kochsalzumschlägen behandelt war. Diese Versuche veranlaßten ihn zu folgenden Feststellungen: Das Epidermophyton cruris (oder besser citreum, wenn man ihn von anderen Epidermophytonarten trennen will) und seine pleomorphe Form sind durch Kultur auf die Haut des Menschen zu übertragen, vorausgesetzt, daß diese der Einwirkung feuchter Kochsalzumschläge (oder anderer, nicht antiseptischer) Flüssigkeiten ausgesetzt war; von der auf diese Weise entstandenen Epidermomykose lassen sich wieder auch nach vielen Tagen noch Rückkulturen des Epidermophyton cruris und seiner pleomorphen Form anlegen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

G. A. Ambrosoli: **Epidemie durch Trichophyton glabrum, beobachtet in Italien.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 3. S. 1011.

Nach den Untersuchungen der meisten Autoren über die Pilzerkrankungen in den verschiedenen Provinzen Italiens scheint das Tricho-

Digitized by Google

phyton violaceum den häufigsten Erreger der Trichophytien darzustellen; in einigen Gegenden bedingt es 91,72% der Erkrankungen; viel seltener und nicht ganz gesichert sind durch das von *Sabouraud* beschriebene Trichophyton glabrum verursachte Erkrankungen.

Ambrosoli berichtet über eine Pilzepidemie in einem Wohltätigkeitsinstitut Liguriens, welches in einem Landstrich an der Riviera di Levante gelegen war. Er hatte Gelegenheit, 16 befallene Kinder zu untersuchen. Die klinischen Charaktere schon ließen nur eine Trichophytieepidemie zu und gestatteten eine Mikrosporie auszuschließen. Die Varietät des kulturell isolierten Pilzes entsprach dem Trichophyton glabrum. Was aber die Verteilung des Pilzes im Inneren des Haares betrifft, so beobachtete *Ambrosoli* im Gegensatze zu *Sabouraud*, der das Trichophyton glabrum unter die wahren Endothrixarten einreiht, eine Periode des Befallenseins und der Verteilung entsprechend den Ektothrixarten; es wäre daher richtiger, den Pilz unter die Neo-Endothrixformen einzureihen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

R. Brande u. *Per:* **Lichen microsporicus (Arzt-Fuhs).** Russkij Westnik Dermatologii. 1926. Nr. 10.

Generalisierung des Exanthems nach Röntgenbestrahlung bei einem Mädchen mit Microsporia capitis. Es wurde das Microsporon lanosum nachgewiesen. *A. Jordan.*

Howard Fox: **Ringworm of the scalp in the adult; Report of a case of Kerion due to Mikrosporon Audouini. (Trichophytie des Kopfes bei einem Erwachsenen. Bericht über einen Fall von Kerion, hervorgerufen durch Mikrosporon Audouini.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. H. 3. S. 398.

Bei einer Mulattin mit Kerion wurde als Erreger Mikrosporon Audouini gefunden (kultureller Nachweis). Bisher sind in der Literatur 53 Fälle dieser Art beschrieben. *G. H. Klövekorn*-Bonn.

Lewenko: **Eine Mikrosporie-Hausepidemie.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 2.

Obgleich die Mikrosporie in Rußland zu den seltenen Pilzerkrankungen gehört, beobachtete Verf. in einer Wohnung unter 16 Insassen bei 12 Mikrosporie. *A. Jordan.*

S. Fried: **Zur Frage der experimentellen Mikrosporie.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 1.

Das vorwiegende Vorkommen von Mikrosporon lanosum in Moskau veranlaßte Verf., im Moskauer Venerologischen Institut experimentelle Versuche an Tieren anzustellen, welche bei Meerschweinchen und Kaninchen in 100% ein positives Resultat ergaben. Die Inkubation dauerte bei der experimentellen Mikrosporie 5—8 Tage; die Erkrankung verläuft bei Meerschweinchen sehr verschieden, beginnt als kaum sichtbare Affektion der oberflächlichen Hautschichten und kann kerionartig werden. Sie zieht sich 19—45 Tage hin und endet stets spontan. Bei Kaninchen verläuft der Prozeß noch gutartiger. Reinokulationen gelangen in der Mehrzahl der Fälle nicht, wobei das Tier auf wiederholte Impfung mit einer entzündlichen Reaktion antwortet, dank welcher das Tier anscheinend eine Immunität gewinnt, die aber nicht absolut zu sein scheint. *A. Jordan.*

Digitized by Google

G. A. Ambrosoli: **Kultur des Achorion Schönleinii aus dem strömenden Blute bei einem Falle von Favus.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 820.

Bisher wurden 7mal aus dem strömenden Blute bei Pilzerkrankungen die Pilze gezüchtet, 3mal bei Trichophytie ohne Trichophytide (*Jeßner*, *Masia*), 3mal bei Trichophytie mit Trichophytiden (*Ambrosoli*, *Jeßner*, *Falchi*) einmal bei Mikrosporie (*Arzt* und *Fuss*). *Ambrosoli*, der zum ersten Male den Trichophyton aus dem strömenden Blute züchtete, hat jetzt zum ersten Male auch den Favus aus dem strömenden Blute züchten können. Die Kultur stammte von einem 6jährigen Kind, welches gewöhnlichen Favus aufwies. Die außerordentliche Seltenheit der Blutkultur bei Pilzerkrankungen erhellt aus der Tatsache, daß der offenbar auf diesem Gebiete besonders erfahrene Verfasser bei 1269 Fällen von Trichophytie, Favus und Mikrosporie Blutkulturen angelegt hatte und nur 2mal ein positives Ergebnis verzeichnen konnte; vielleicht ist der Glukoseagar von *Pollacci* besonders geeignet für derartige Kulturversuche, den die Favuskultur des Verfassers und die Trichophytonkultur *Falchis* gelangen auf diesem Nährboden. Der neue Befund *Ambrosolis* zeigt auch, daß die Blutkultur dort positiv ausfallen kann, wo keine allergische Reaktion von seiten der Haut und auch sonst klinische Erscheinung vorhanden sein braucht, die auf einen Übergang der Pilze in das Blut hinweist. Die Blutkultur fiel sogar negativ bei fast allen Fällen von Trichophytiden, Mikrosporiden und Faviden aus. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Donato: **Fall von generalisiertem Favus mit Onychomykose der Zehennägel.** Sez. pugliese d. soc. ital. d. Dermatol. 10. Febr. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 886.

16jähriges Mädchen, seit 11 Jahren Favus des behaarten Kopfes, seit 3 Jahren Übergang der Krankheit auf Arme, Seitenflächen des Thorax und Bauches, auf Gesäß, Hände und Füße. Auf den unbehaarten Teilen hat der Favus besonders die Forma scuttata angenommen, mit Dicke der Scutula bis zu 1 cm; zum Teil bestehen erythematös-squamöse Herde, so an Händen und Füßen. Die Fingernägel sind frei geblieben, die Zehennägel sind befallen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

G. A. Ambrosoli: **Kultur des Achorion Schönleinii aus dem strömenden Blute bei einem Fall von Favus.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1552.

Ambrosoli stellte systematische Kulturversuche aus dem strömenden Blut bei 1269 Fällen von Trichophytie, 154 Fällen von Mikroskopie, 293 Fällen von Favus an. 1920 erhielt er aus dem Blute eine positive Kultur von Trichophyton gypseum, jetzt bei einem Kinde mit Favus des behaarten Kopfes, welches weder eine allergische Hauteruption, noch allgemeine Symptome aufwies, eine Blutkultur des Achorion Schönleinii. Er nimmt an, daß bei diesem Falle durch Erscheinungen humoraler Immunität der Pilz nicht die Haut erreichte und dort eine pathogene Wirkung auslöste, wie sich bei Fällen von Trichophytie durch ein Trichophytid äußert. *Ambrosoli* nimmt auf Grund seiner Blutkulturen an, daß die Trichophytide, Mikrosporide und Favide auf hämatogenem Wege entstehen; ein Transport der Toxine allein auf dem Blutwege genüge nicht, um diese Hauterscheinungen auszulösen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

K. v. Berde-Szegedin: **Favus capitis unter dem Bilde einer Folliculitis scleroticans.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 20.

Bei einer 40jährigen Pat. besteht seit etwa 30 Jahren auf dem Kopf ein Favus, der stellenweise unter Hervorrufung einer Alopezie und Narbenbildung verheilt ist. In der Schläfen- und Nackengegend finden sich typische Favusherde, an dessen Rändern sind zahlreiche höckerige Furchen und trichterförmige Vertiefungen, die teilweise 4—5 mm das Niveau der umgebenden Haut überragen. Solche Veränderungen finden sich nur an den Randpartien der Favusherde, die übrige Kopfhaut ist vollkommen frei. Bemerkenswert an diesem Fall ist erstens das lange Bestehen des Favus (30 Jahre), zweitens die Veränderungen, die unter dem Bilde einer Folliculitis scleroticans einhergehen. Es handelt sich wohl um kein zufälliges Zusammentreffen, sondern durch den Favus ist bei einer konstitutionell dafür disponierten Kranken die Möglichkeit für die Ansiedlung von Staphylokokken und deren Tieferdringen in die Follikel geschaffen worden. Beweisend dafür ist auch das Beschränktsein der Follikulitis scleroticans auf die am Favus erkrankter Partien. *Krüger*-Sagan.

Gluchowzow: **Zur Kasuistik und Ätiologie der Dysidrosis.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 8.

In 10 Fällen typischer Dysidrosis erwiesen sich die Füße öfter betroffen als die Hände. Verf. sieht als Urheber der Krankheit einen dem Tr. gypseun asteroides nahestehenden Pilz an. *A. Jordan.*

Prochazka Karel: **Ein seltener Fall von oberflächlicher atrophisierender Hauttrichophytie.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1433.

Beschreibung eines Falles von oberflächlicher Hauttrichophytie, verursacht durch Trichophyton microides gypseum (asteroides) bei einem 42jährigen Patienten mit atrophischen Veränderungen der befallenen Hautgebiete.

Was die Genese dieser Atrophie betrifft, so ist die Wirkung der Trichophytontoxine auf einen Boden von herabgesetzter Resistenz, die sich in einer chronischen Nephritis, in Herzgefäßstörungen und in einer deutlichen Labilität der Blutgefäße äußert, in Betracht zu ziehen; besonders die beiden letzterwähnten Zustände scheinen eine prädisponierende Rolle zu spielen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

G. A. Chiurco: **Experimentell hervorgerufene mykotische Arthritiden und Myositiden.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 7.

Verf. glaubt, daß man eventuell bei chronischen Gelenkentzündungen neben der Tuberkulose in der Ätiologie gewisse Pilzerkrankungen, die gewöhnlich nur oberflächliche Hauterscheinungen hervorrufen, annehmen kann. Es ist ihm gelungen, durch Einimpfungen von Pilzmaterial in die Umgebung des Kniegelenkes oder in das Gelenk selbst bei weißen Ratten chronisch verlaufende Arthritiden zu erzeugen. Histologisch handelte es sich um hyperplastische oder nekrotisch eitrige Bildungen. *Krüger*-Sagan.

E. Hartmann-Frankfurt a. M.: **Über endemisches Auftreten von Pityriasis sicca.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 7.

Bei der Pityriasis sicca handelt es sich um eine Affektion im Gesicht der Kinder, vorwiegend lokalisiert in der Umgebung des Mundes, auf Wange und Kinn. Die Herde haben Bohnen- bis Markstückgröße, sind meist

Digitized by Google

rundlich bis oval und zeigen eine kleienförmige Schuppung. Meist besteht daneben keine ausgesprochene Seborrhöe des Kopfes, so daß man beide Affektionen voneinander trennen muß. Es werden zwei Endemien beschrieben, die sich einmal in einer Schulklasse, das andere Mal in einem Saal der Kinderklinik ereigneten. In der Schule wurden fast alle Kinder derselben Klasse davon befallen, aber auf andere Klassen griff die Affektion trotz genauester Beobachtung nicht über. Ausgangspunkt für beide Endemien waren je ein ekzemkrankes Kind. Genaueste Untersuchung auf Pilze und Bakterien ergab ein negatives Resultat. Auf Grund dieser Beobachtung wird die Pityriasis sicca trotz Fehlens eines spezifischen Erregers für infektiös gehalten, eine Anschauung, die auch von französischen Forschern vertreten wird. *Krüger*-Sagan.

C. L. Karrenberg-Hamburg: **Die Eignung der von Grütz angegebenen Nährböden zur Bestimmung und Weiterzüchtung der Dermatophyten.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 13.

Auf Grund von ausgedehnten Untersuchungen konnte festgestellt werden, daß es *Grütz* gelungen ist, mit dem von ihm vorgeschlagenen Testagar das Milieu d'épreuve von *Sabouraud* vollkommen zu ersetzen, ja das Wachstum der Pilze vollzieht sich auf ihm oft besser und sicherer als auf dem französischen Nährboden. Der Vorteil besteht vor allen Dingen darin, daß die Materialien zu seiner Zubereitung alle in Deutschland hergestellt werden und stets in gleicher Güte zu haben sind. Auch der *Grütz*sche Maltose-Glyzerin-Pepton-Agar ist zur Anlegung einer Kultur sehr geeignet, es wurden auf ihm sehr häufig noch positive Resultate erzielt, wo der mikroskopische Nachweis der Pilze nicht gelang.

Krüger-Sagan.

Gluchowzow: **Die Pilzarten bei der Trichophytie, Mikrosporie und dem Favus in Tomsk (Sibirien).** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 4.

Es wurden in den letzten 4 Jahren gezüchtet:

das	Trichophyton violaceum in	36,36 %
„	„ regulare „	6,5 %
„	„ faviforme „	3,9 %
„	„ glabrum „	2,6 %
„	„ gypseum asteroides in	1,3 %
„	Mikrosporon lanosum in	20,77 %
„	Achorion Schönleinii in	23,37 %
„	Epidermophyt. inquinale in	1,3 %
„	Oidiom. monilia in	1,3 %

A. *Jordan.*

Gonorrhöe.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

Vercellino: **Über die sogenannten „Kugelkerne" im Urethralsekret.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1471.

Vercellino äußert sich über die sogenannten Kugelkerne oder sphärischen Kerne in den entzündlichen Urethralsekreten. Zahlreiche Fälle von

Digitized by Google

Urethritis bacterica und aseptica gaben ihm Gelegenheit, das prozentuale Vorkommen dieser Kugelkerne bei den verschiedenen Formen der Urethritis festzustellen. Sie fehlen gänzlich oder fast ganz bei den akutesten gonorrhoischen Urethritiden; bei postgonorrhoischen und abakteriellen Urethritiden finden sie sich dagegen in verschiedener Menge und können im Vergleich mit den polymorphkernigen Leukozyten bis zu 134% betragen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Capek: **Die Flagellaten-Urethritis des Mannes.** M. K. 1927. 40.

Seit der Ära der mikroskopischen Färbetechnik hat man sich entwöhnt, die Sekrete auch ungefärbt zu untersuchen; nur so ist es zu erklären, daß obige Krankheitszustände, die anscheinend gar nicht so selten vorkommen, übersehen wurden, denn die ursächliche Trichomonas vaginalis färbt sich nicht mit den gebräuchlichen Färbemitteln. Zu den bisherigen vier Fällen einer Trichomonas urethritis bringt Verf., der sich zum Grundsatz machte, alle rätselhaften männlichen Urethralpräparate auch ungefärbt auf Tr. zu untersuchen, zwei neue Fälle. Das auffallendste Kardinalsymptom der Flagellaten-Urethritis ist Hämaturie, ebenso wie auch Trichomonas-Kolpitiden bei Frauen mit Blutungen einhergehen. Tr. findet man oft massenhaft in Urinflocken. Hämaturie ist oft nur mikroskopisch nachweisbar. Verf. bezeichnet obiges Leiden als vierte Geschlechtskrankheit. Zum Schluß folgt noch eine längere Darlegung der Biologie der Tr., besonders ihres Fortpflanzungsaktes mit Illustrationen.

Siegfried-Aachen.

Julius K. Mayr: **Über die Beziehungen des Glykogens zur gonorrhöischen Erkrankung.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 42.

Der Autor stellte Versuche an, die darauf hinausliefen, festzustellen, ob der Glykogengehalt, der normalerweise in den mittleren Zellschichten des Pflasterepithels im Urogenitaltraktus am reichlichsten vorhanden ist, Schwankungen unterworfen ist, die sich in Korrelation zur Gonorrhöe bringen lassen. Es ließ sich nun in der Tat an Fällen akuter und chronischer weiblicher Gonorrhöe zeigen, daß das Glykogen bei einer akuten Gonorrhöe eine deutliche Vermehrung erfährt, um dann bei der Ausheilung des Prozesses wieder zu normalen Mengen zurückzukehren. Da das Glykogen mit der Säurebildung in engster Beziehung steht und die saure Reaktion des Scheidenschleimes für die Ausbreitung der Gonokokken nicht förderlich ist, so kann man dieser Anhäufung von Glykogen Abwehrmaßnahmen des Körpers erblicken. Ein diagnostisches Merkmal für das Vorhandensein einer Gonorrhöe bietet aber die Glykogenvermehrung nicht.

Weinstock-Charlottenburg.

Alfred Marchionini: **Kolloidchemische Sediment- und Fluordiagnostik.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 1.

Veyderhelm machte die Beobachtung, daß mit zunehmendem Alter einer Zelle die Permeabilität ihrer Membran gegenüber dem Eindringen von kolloiden Farbstoffen zunehme und daß man auf diese Weise das Altern einer Zelle bestimmen und somit auf die Akuität resp. Chronizität des Leidens Schlüsse ziehen könne. Verf. prüfte diese Beobachtung zunächst an dem Sediment von 20 Fällen von Zystitis, Pyelitis und Nephritis durch Zufügung eines Gemisches der beiden kolloiden Farbstoffe Kongorot und Trypanblau nach. Es zeigte sich, daß es auf diese

Digitized by Google

Weise möglich war, prognostische Schlüsse bezüglich Akuität und Heilungstendenz des Prozesses zu stellen, ebenso auch bei der Fluordiagnostik des unspezifischen Fluors bei Männern und Frauen. Bei der Fluordiagnostik der männlichen und weiblichen Gonorrhöe gibt die Methode aber unsichere Resultate. *Weinstock*-Charlottenburg.

G. Tornabuoni: **Vakzination und Komplementablenkung bei gonorrhöischen Affektionen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 597.

Tornabuoni kommt zu folgenden Schlüssen: Die Komplementablenkungsreaktion gibt unter den biologischen Untersuchungsmethoden für gonorrhoische Affektionen noch am wenigsten inkonstante Resultate, aber die Reaktion ist sehr delikat, nicht völlig spezifisch und sensibel, um praktische Bedeutung zu besitzen.

Auch Versuche, die Komplementablenkungsreaktion durch Vakzineinjektionen deutlicher zu gestalten, machen die Reaktion nicht brauchbarer, denn dann bekommen auch nicht gonorrhoisch Infizierte Reaktionen, die sich von denen der Gonorrhöekranken nicht unterscheiden lassen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Wreszynski: **Beitrag zur Frage der Verwendbarkeit der Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhöe.** M. K. 1927. 43.

Verf. hat die *Cohn*schen Versuche nachgeprüft mit demselben Antigen wie *Cohn*. Dabei ergab sich bei seinen 180 Fällen eine Genauigkeit, wie sie etwa beim Wassermann zurzeit besteht. Besonders nützlich erwies sich obige Reaktion bei gonorrhöischen Adnexerkrankungen, so daß der Verwendung der Reaktion zum mindesten in Kliniken das Wort geredet wird. Eine große Schwierigkeit resultiert aus der Tatsache, daß die Gonokokken sich im allgemeinen sehr unzuverlässig als Antigen erweisen, weil ihre Brauchbarkeit von vielen Imponderabilien abhängt (Alter, Kulturböden). Wünschenswert wäre eine staatliche Standardisierung. Neuerdings bringt *Schering* ein Gonokokkenantigen heraus, das sich gut bewährte. Eine weitere Schwierigkeit erwächst dem Kliniker noch aus der Erkenntnis, daß noch zwei Jahre nach klinischer Heilung Komplementbindungsreaktion bestehen kann. Bezüglich der Frage der Ehekonsenserteilung aber würde obiges Verfahren schon jetzt manchen nützlichen Fingerzeig geben können.

Siegfried-Aachen.

Porudominskij: **Augenblicklicher Stand der Gonorrhöefrage.** Westnik Sowremennoi Medicini. 1927. Nr. 15—17.

Der häufige Übergang der Gonorrhöe in die chronische Form, die Komplikationen und sogar gelegentliche Generalisierung des Prozesses verlangen energische Aufklärungsmaßnahmen und bei der Behandlung eine strengere Individualisierung unter Berücksichtigung aller schädlichen, durch die Lebensbedingungen der Kranken gegebenen Umstände, wie Hebung aller allgemeinen und lokalen Schutzkräfte der Organismen durch Anwendung einer spezifischen und nichtspezifischen Behandlung (Diathermie, Jontophorese, Schlamm). Unter solchen Umständen gelingt es, eine akute Gonorrhöe in 1—3 Monaten auszukurieren, bei einer chronischen zwar nicht immer eine vollkommen anatomische Ausheilung zu erzielen, aber immerhin in allen Fällen die Beseitigung der Infektionsgefahr für andere zu erreichen. *A. Jordan.*

Digitized by Google

G. Jaja: **Beitrag zur Kenntnis des diagnostischen Wertes der Komplementablenkung bei Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 579.

Jaja kommt zu folgenden Schlüssen: Die Komplementablenkung bei Gonorrhöe weist durch ihren häufigen positiven Ausfall bei Gonorrhöekranken einen bemerkenswerten Grad von Spezifität auf. Da die klinischen Kriterien für die akuten Fälle genügen, ist ihr Wert nach ihrem Verhalten bei den chronischen Formen zu bemessen. Nach den Erfahrungen bei *Jaja* steht der Ausfall der Komplementablenkungsreaktion manchmal im völligen Widerspruch zu den klinischen Beobachtungen; einschränkend auf den Wert wirkt auch das lange Persistieren der Positivität bei anscheinend völlig geheilten Fällen. Die Reaktion scheint daher für praktische Zwecke eine nur geringe Bedeutung zu besitzen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Papitow: **Die Reaktion Bordet-Gengou als diagnostisches Mittel bei weiblicher Gonorrhöe.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. 1927. Nr. 7/8.

Die Reaktion *Bordet-Gengou* fiel nach den Untersuchungen des Verf. bei Gonorrhöe der unteren Partien bei den Frauen in 33%, bei Gonorrhöe der oberen Partien in 88% positiv aus, so daß diese Methode die einzige ist, welche das Recht gibt, zu sprechen von einer Ausheilung der Gonorrhöe der oberen Partie bei der Frau. *A. Jordan.*

G. Lanteri: **Die biologischen Untersuchungsmethoden bei der gonorrhöischen Infektion: a) Komplementablenkung, b) Agglutinine, c) Kutis- und Intradermoreaktion.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 574.

Lanteri kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Sowohl die Kutis- wie die Intradermoreaktion eigenen sich nicht zur praktischen Verwendung, denn sie geben bei einer großen Zahl von Kontrollversuchen positive Ergebnisse. Die Reaktionen können also nicht als spezifisch gelten. 2. Dasselbe gilt für die Agglutination, von der man bei Verwendung einer frischen Bakterienemulsion aus lebenden Keimen bessere Resultate erwarten könnte. 3. Die Komplementablenkung dagegen verdient bei positiven Fällen für die Feststellung der noch nicht erfolgten Heilung Aufmerksamkeit. Sie tritt aber nicht konstant auf und kann bei einem Prozentsatz von Fällen fehlen. Das vermindert aber nicht den diagnostischen Wert, der sich besonders bei chronischen Gonorrhöen im Latenzstadium als groß erweisen kann. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

E. Balbi und *G. Balduzzo:* **Die Komplementablenkung bei Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 573.

Nach den Untersuchungen von *Balbi* und *Balduzzo* kann die Komplementablenkung bei Gonorrhöe bei gewissen Fällen (Gon. chron.) einen diagnostischen Wert haben. Nicht immer steht die Intensität der Reaktion im Einklang mit der Intensität des gonorrhoischen Prozesses. Die Komplementablenkung bei Gonorrhöe ist eine sehr delikate und inkonstante Reaktion, die vielen Versuchsfehlern unterworfen, vor allem von der Stabilität des Antigens abhängig ist. Die Keime des diagnostischen Antigens gehen durch die Zeit und verschiedene andere Umstände immer stärkere autolytische Prozesse ein, welche die antigene Wirkung ändern und die

Digitized by Google

Reaktion beeinflussen können. Es kommt also bei der Reaktion auf ein möglichst stabiles und empfindliches Antigen an; nur dann verdient die Reaktion Zutrauen für ihre diagnostische Verwertbarkeit.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

G. Peli: **Die Agglutination des Gonokokkus Neißer im Serum Gonorrhöischer.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 571.

Peli, der mit der von *Besson* angegebenen Methode 81 Seren von Gonorrhoikern auf Agglutination geprüft hat, mißt der Methode für die klinische Diagnostik keinen Wert zu. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

G. Spicca: **Die Komplementablenkung bei gonorrhöischen Affektionen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 557.

Spicca kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die gonorrhoischen Antikörper fehlen im allgemeinen bei Beginn der Infektion, und sie können auch bei schweren und komplizierten Formen fehlen. 2. Wo sie vorhanden sind, werden sie, wenn sie auch spärlich und sehr labil sind, durch die Komplementablenkung festgestellt. Die positiven Ergebnisse, die anfangs 10—20% betrugen, sind heute durch Verbesserung der Technik viel höher. 3. Der positive Ausfall der Komplementablenkung ist proportional der Ausdehnung und Schwere des Gonorrhöeprozesses. 4. Die Reaktion ist hochgradig spezifisch. 5. Für die einfache akute Gonorrhöe hat die Reaktion kaum Bedeutung, da die direkte und mikroskopische Untersuchung genügen. Dagegen hat sie ihren Wert für komplizierte Formen, besonders für Epididymitiden. Sie ist von Nutzen bei den chronischen Formen, wo ihr Prozentsatz höher ist als der durch mikroskopische Untersuchung oder Kultur erreichte. Eine positive Reaktion spricht bei starkem oder mäßigem Ausfall, gute Kontrollen vorausgesetzt, für einen gonorrhöischen Prozeß; eine schwach positive Reaktion erfordert erneutes Anstellen der Reaktion; ein negativer Ausfall läßt eine Infektion nicht ausschließen. Von Wert ist die Reaktion bei Gonorrhöe des Weibes und bei ätiologisch unklaren Formen von Epididymitis und Zystitis.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

H. Hecht-Prag: **Serodiagnose der Gonorrhöe und Tuberkulose mittels der Aktivmethode (HR).** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 29.

Es wurde mit aktivem Serum gearbeitet und als Antigen für Gonorrhöe Arthigon extrastark, das möglichst frisch sein soll, und für Tuberkulose das von *Boquet Négre* durch Methylalkoholextraktion hergestellte Antigen benutzt.

Die Ergebnisse mit dieser Methode waren zufriedenstellend. Trotzdem ist die Beurteilung der gefundenen Resultate immer sehr schwierig, und es empfiehlt sich stets, bei diesen Fällen ebenfalls die Wa.-R. nach derselben Versuchsanordnung vorzunehmen, um aus der Übereinstimmung oder der Divergenz beider Reaktionen Schlüsse ziehen zu können.

Krüger-Sagan.

A. Buquicchio: **Die Komplementablenkung bei Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 553.

Buquicchio hat mit Gornargin und der Gon.-Vaccine des Mailänder Serotherp. Inst. über 200 Seren Gonorrhöischer untersucht. Die Ergebnisse sind spärlich in den ersten Stadien der Infektion, sensibler bei

Digitized by Google

chronischen Formen und Komplikationen. Das Gonargin erwies sich als weniger sensibel und spezifischer. Der gute Ausfall der Serumreaktion ist in technischer Hinsicht fast ausschließlich abhängig von der Kontrolle des Antigens und vom hämolytischen System. Sie ist nur relativ spezifisch, wenigstens mit den angewendeten Antigenen. Die Konstanz positiver Reaktionen ist von dem Vorkommen mehr diffuser Veränderungen in den Geweben (Komplikationen) abhängig. Wenn auch diese Reaktionen einen gewissen Wert für die Praxis besitzen, so geben sie doch für die Fragen der Heilung und des Ehekonsenses nur ein relatives Urteil.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

A. Crosti: **Die biologischen Untersuchungsmethoden bei der gonorrhöischen Infektion — „die serologischen Untersuchungsmethoden".** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 401.

Crosti kommt bei seinen Untersuchungen über die serologischen Untersuchungsmethoden bei der gonorrhöischen Infektion zu folgenden Schlüssen: Trotz des Fehlens einer natürlichen oder angeborenen Immunität bei Gonorrhöe verursacht diese Erkrankung beim Menschen spezifische humorale Reaktionen, so daß der Nachweis gonorrhöischer Antikörper eine gewisse praktische Bedeutung haben kann. Folgende Tatsachen sind festzustellen: 1. der Nachweis von Präzipitinen im Blutserum gibt keine Resultate von klinischem Werte; 2. die Agglutination ist empfindlicher, aber negativ bei einer Anzahl von Fällen und inkonstant und stößt in ihrer Verwertung auf technische Schwierigkeiten; 3. dagegen verdient die Methode der *Komplementablenkung* in die klinische Praxis Eingang zu finden.

Da der Gehalt an komplementablenkenden Substanzen im Blutserum gonorrhöisch Erkrankter nie sehr hoch ist (weit geringer als bei Syphilis), ist es bei der Gonorrhöe erforderlich: 1. ein exakt dosiertes hämolytisches System zu wählen, bei dem die Quantität des abzulenkenden Komplements verhältnismäßig geringer ist als das bei der Wa.-R. verwendbare; 2. ein Gonokokkenantigen herzustellen, welches bei guter Empfindlichkeit und Spezifität mit Sicherheit von antikomplementären Wirkungen frei ist. Eine einfache Gonokokkensuspension in physiologischer Kochsalzlösung, die nach Abtötung der Gonorrhöe etwa 2 Monate steril aufbewahrt ist, kann als Antigen dienen; vorzuziehen ist ein Antigen aus verschiedenen Stämmen, wenn auch eine Suspension aus einem Stamm bei erprobter antigener Wirkung praktisch genügen kann.

Eine positive Komplementablenkung kann in der zweiten Infektionswoche auftreten, sie erreicht ihren Höhepunkt in der 6. Woche und dauert mit Intensitätsschwankungen über die klinische Heilung hinaus. Bei Urethritiden ohne tiefe Komplikationen pflegt diese Positivität nicht länger als 2 Monate nach der Heilung anzuhalten; bei Formen mit Komplikationen kann sie sich noch viel länger erhalten.

Das Persistieren positiver Komplementablenkung ohne Intensitätsabnahme spricht für die Existenz noch aktiver gonorrhöischer Herde.

Der Prozentsatz positiver Reaktionen schwankt von 50% bei einfachen Urethritiden bis zu 100% bei einigen Komplikationen; die Positivität ist besonders hoch bei den subakuten Formen und sehr hoch bei subakuten Epididymitiden und Prostatitiden, bei Arthritiden und Adnex-

Digitized by Google

erkrankungen. Der Befund hat bei den letzterwähnten Formen eine solche Bedeutung, daß, wenn die Serumreaktion wiederholt negativ ausfällt (auch nach einer reaktivierenden Gonokokkenvakzineinjektion), man an eine anderes ätiologisches Moment zu denken hat.

Aber die Komplementablenkungsmethode hat bei der Gonorrhöe ihre Schattenseiten: 1. sie ist eine sehr delikate Reaktion und giebt in den Händen verschiedener Autoren sehr verschiedene Resultate; 2. bei der Untersuchung kommen manchmal leichte Imbibitionen von Hämolyse vor; 3. die Reaktion gibt manchmal nicht spezifische Resultate, besonders bei Patienten mit anderen Krankheiten, besonders Lues; 4. die Reaktion kann bei benignem Krankheitsverlaufe während der ganzen Dauer der Erkrankung fehlen; auch chronische Gonokokkenträger können negativ reagieren; 5. die Reaktion verliert ihren diagnostischen Wert bei Patienten, welche Gonokokkenvakzineinjektionen erhalten haben. Trotz dieser Nachteile und Ausnahmen verdient die Komplementablenkungsreaktion bei Gonorrhöe als diagnostisches Hilfsmittel berücksichtigt zu werden.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

L. Heiner-Szeged: **Komplementbindungsreaktionen bei Gonorrhöe.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Es wurden an 380 Kranken, meist mehrmals die Komplementbindungsreaktion zur Klärung verschiedener Fragen angestellt. Es zeigte sich, daß bei frischer Gonorrhöe die erste, schwach positive Reaktion bereits nach 6 Tagen nach der Infektion festgestellt wurde, meist wird sie erst nach 2—3 Wochen selbst bei alleinigem Vorhandensein einer anterior positiv. Bei Übergreifen auf die Posterior, Prostata, Samenblase und Epididymis wird in den meisten Fällen die Stärke der Reaktion größer und ebenfalls steigt die Prozentzahl der positiven Reaktionen überhaupt. In mehreren Fällen gelang es dank einer positiven Seroreaktion, trotzdem klinisch keine Zeichen für das Vorhandensein von Gonokokken nach einer überstandenen Gonorrhöe vorhanden waren, durch eine energische Provokation Ausfluß mit Gonokokken zu bekommen. Auch bei der weiblichen Gonorrhöe war selbst bei reiner Harnröhrengonorrhöe schon in etwa 52% der Fälle eine positive Reaktion zu erzielen, der Prozentsatz der positiven Ausfälle steigerte sich bei Ergriffensein der Zervix, des Endometriums und der Adnexe. Bei Arthritis gon. wurden 100% positive Reaktionen gefunden. Die Frage, wie lange nach der Ausheilung die Seroreaktion noch positiv bleibt, ist nicht ganz leicht zu entscheiden. Es kommt vor, daß die Reaktion bereits negativ wird während des Bestehens der Krankheit; auf der anderen Seite ist von *Heimann* und *Baumann* behauptet worden, daß sie noch 2 Jahre nach überstandener Gonorrhöe eine positive Reaktion gefunden haben. Da man durch intravenöse Injektion von Vakzinen eine positive Seroreaktion erzeugen kann, wurde diese Methode zur Klärung der Frage in mehreren Fällen angewandt. Dabei zeigte sich, daß als obere Grenze für die Dauer der positiven Seroreaktion nach Aufhören der Injektionen 44 Tage gefunden wurden, so daß also auch nach überstandener Gonorrhöe gewöhnlich mit einem Abklingen der Reaktion nach dieser Zeit zu rechnen ist. Bei Anstellung der Reaktion bei Syphilis, Malaria und anderen Hautkrankheiten zeigte sich, daß dieselbe nach der Methode des Verf. eine genügend große Spezifität besitzt. *Krüger*-Sagan.

Digitized by Google

A. Mucci: **Die Intradermoreaktion bei gonorrhöischen Prozessen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 569.

Mucci kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Bei vielen Gonorrhöikern (einfachen akuten oder komplizierten) besteht eine Hautüberempfindlichkeit gegen die Infektion, die durch die Intradermoreaktion aufgedeckt werden; sie führt bei positiven Fällen zu einer lentikulären Papel, seltener zu einer Pustel mit oder ohne geröteten Hof; 2. zur Erzielung einer deutlichen Reaktion sind etwa $^1/_{10}$ ccm Gonargin erforderlich; 3. geringere Dosen sind wertlos, da sie zu viel negative Resultate ergeben; 4. höhere Dosen ergeben auch bei Nichtgonorrhöischen positive Ausfälle; 5. bei fünf chronisch Gonorrhöekranken mit aktiver Syphilis fiel dreimal die Reaktion positiv aus, bei 22 chronisch Gonorrhöekranken mit behandelter Syphilis fiel die Reaktion nur viermal positiv aus; 6. bei Anämischen tritt die Reaktion leichter in pustulöser Form auf; 7. bei alten Leuten ist die Reaktion flüchtiger und weniger ausgesprochen, bei Kindern intensiver; 8. bei akuten Gonorrhöen ist die Intradermoreaktion zwar nicht konstant, aber bei 83 % positiv, sie nimmt mit den Komplikationen ab (66 %), fällt bei chronischen Urethritiden auf 28 % und ist bei Nichtgonorrhöikern 20 %; 9. zwischen Mann und Frau scheinen in dem Ausfall der Intradermoreaktion keine Unterschiede zu bestehen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Fraser: **Vulvovaginitis in children. An account of its ethiology, Symptomatologie and management with a summery of sixty-thriee cases occuring in South Africa. (Die Vulvovaginitis der Kinder. Ein Beitrag zu ihrer Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung mit einem Bericht über 63 in Südafrika beobachteten Fällen.)** The British J. of ven. dis. 1926, 5.

Eine ausführliche Arbeit, welche auch im klinischen Teile nichts wesentlich Neues gibt.

Jacoby u. *Cohn:* **Meningokokken- oder Gonokokkensepsis?** D. m. W. 1927. Nr. 8.

34jähriger Patient mit Urethritis go., schmerzloser Schwellung des Handgelenkes zeigt seit mehreren Monaten bei wenig gestörtem Allgemeinbefinden eine Fieberkurve, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Bild einer Malaria tertiana aufweist. Makulöses Exanthem der Extremitäten, Gonokokken im Blut und Fluor positiv, Parasiten negativ, Chinin, Salizyl, Salvarsan und Urotropin ohne Erfolg. Acht Tage nach einer intramuskulären Injektion von 50 ccm Meningokokkenserum (Höchst) bleibt das Fieber dauernd fort, so daß der Patient als geheilt entlassen werden kann. Nachuntersuchungen bestätigten die Heilung. Wegen der positiven Gonokokkenbefunde ist die Annahme einer gonorrhöischen Allgemeininfektion näherliegend als die auf die lange Krankheitsdauer und das gute Allgemeinbefinden sich gründende Diagnose Lentaform der Meningokokkensepsis. Der therapeutische Effekt des Meningokokkenserums spricht für die Theorie der biologischen Verwandtschaft der genannten Bakterienarten.

O. Dittrich-Kiel.

Tod: **Gonorrhoeal Vulvo-Vaginitis in children. (Gonorrhöische Vulvo-Vaginitis der Kinder.)** The B. j. o. v. dis. 1927. 2.

Während fünf Jahren wurden im *Bruntsfield*-Hospital 70 Kinder unter 12 Jahren behandelt. Drei dieser Kinder wurden durch Notzucht infiziert.

Digitized by Google

Im übrigen war die Ansteckungsquelle meistens die kranke Mutter (33 mal), der Vater 2mal. Behandelt wurde durch feines Glasspekulum (oft unter lokaler, kutaner Betäubung) mit 10%iger Protargolbetupfung, später Aziflavinpessar. Daneben heiße Sitzbäder. Geheilt wurde so etwas weniger als die Hälfte der Kinder durchschnittlich in 2 Monaten Krankenhausbehandlung. Komplikationen selten. *Siegfried*-Aachen.

W. Wlassow: **Zur Frage der Heilbarkeit der Gonorrhöe bei Kindern im frühen Alter.** Sammlung verschiedener Arbeiten zum Gedächtnis an Prof. *Fedrasky*. Moskau 1927.

Nach den Beobachtungen des Verf. am Säuglingsheim Nr. 2 zu Moskau ist die Vulvovaginitis gon. bei Kindern im 1.—3. Lebensjahr in bezug auf Metastasen günstig, da es sich in allen 38 Fällen nur um eine Erkrankung der Vulva und Vagina, aber keinmal um einen Übergang der Gonokokken in die Urethra und das Rektum handelte; aber in bezug auf Dauerheilung waren die Resultate weniger günstig, da es in 13 Fällen zu Rezidiven kam. *A. Jordan.*

H. Hecht-Prag: **Urethritis abacterica infectiosa.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 4.

Bei 3 Patienten konnte eine nach kurzer Inkubation auftretende, unter stürmischen Symptomen verlaufende Urethritis festgestellt werden. Die mehrfache mikroskopische Untersuchung des Sekretes ergab niemals das Vorhandensein von Mikroorganismen, dagegen waren reichlich Leukozyten in ihm enthalten. In einem Falle war die Übertragung durch das Tragen derselben Hose zustande gekommen und im anderen Falle konnten dieselben Symptome auch bei der Ehefrau festgestellt werden. Unter interner Behandlung klangen allmählich die Erscheinungen ab. *Krüger*-Sagan.

Lapschin: **Die chronische Bartholinitis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 8.

Unter 596 tripperverdächtigen Frauen der Arbeiterbevölkerung wurde in 169 Fällen eine chronische Bartholinitis konstatiert (29,6%), welche 91 mal doppelseitig, 46 mal rechtsseitig und 32 mal linksseitig war. In 69% ließen sich Gonokokken nachweisen. Bei der Abneigung der Kranken gegenüber chirurgischer Behandlung war dieselbe eine palliative: Bäder, Massage, welche freilich nur in nicht veralteten Fällen zur Resorption führte. *A. Jordan.*

Lloyd: **Sub-calcanean spurs in Gonorrhoea. (Dornbildung unter dem Kalkaneus bei Gonorrhöe.)** The B. j. o. v. dis. 1927. 2.

Während es noch aussteht, ob nur Gonorrhöe zu obiger Spornbildung führt, bringt Verf. hier vier neue Fälle, alle mit alter rezidivierender Gonorrhöe, die sich teils über viele Jahre erstreckt und bei denen Prostata bzw. Samenblase oder beide chronisch erkrankt waren. Dabei ergab sich, daß bei Exazerbation der Gonorrhöe auch Spornbeschwerden zunahmen. Heilung operativ. 41 Literaturen. 13 sehr schöne Röntgenbilder. *Siegfried*-Aachen.

Winfield Scott Pugh: **Stricture of Female Urethra. (Strikturen der weiblichen Harnröhre.)** New York, Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 22.

Von 86 beobachteten Strikturfällen saßen 52 am vorderen Meatus, 24 im vorderen, 3 im mittleren und 7 im hinteren Drittel der weiblichen

Digitized by Google

Urethra. Als ätiologisches Moment kommt meist eine alte gonorrhoische Entzündung in Frage, doch sind des öfteren auch Geburtsverletzungen und Verätzungen bzw. Verbrennungen durch Spülungen in Betracht zu ziehen. Die weichen Strikturen verschwinden oft nach kurzer Zeit durch regelmäßig durchgeführte langsame Dehnungen. Die harten Strikturen dagegen verlangen meistens operative Eingriffe. *Röntz*-Bonn.

W. Leipold: **Zur Bewertung der Scheidensekretreaktion bei der Feststellung des Trippers und seiner Heilung.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 1.

Auf Grund von 352 Einzeluntersuchungen unter genauer Beobachtung der *Danin*schen Vorschrift an 160 Kranken (111 Tripper- und 49 Kontrollfällen) kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Die Scheidensekretreaktion wurde in den meisten Fällen von Zervixgonorrhöe schwach sauer, neutral und alkalisch befunden. In 16,7 % der Fälle war aber die Reaktion ausgesprochen sauer. Der Ausfall der Reaktionsprüfung des Scheidensekrets ist demnach weder für die Erkennung des Trippers, noch zur polizeiärztlichen Dirnenuntersuchung zu verwerten. Ein für sich bestehender Harnröhrentripper braucht die Scheidensekretreaktion nicht zu beeinflussen.

Eine Gonotestuntersuchung ist nur für die Fälle von Zervixgonorrhöe geeignet, die eine schwach saure, alkalische oder neutrale Reaktion zeigen. In diesen Fällen zeigt ein Umschlagen nach der sauren Seite das Verschwinden der Gonokokken aus dem Zervikalsekret an, was aber nicht gleichbedeutend mit Heilung ist. *Weinstock*-Charlottenburg.

O. Dersild: **Neue Methode zur Besichtigung der Rektalschleimhaut bei Frauen.** Ann. de Derm. et de Syph. 1926. Nr. 11.

Verf. empfiehlt, um sich mit Rücksicht auf die Bakterienflora von den bakteriologischen Untersuchungen auf Gonokokken unabhängig zu machen, Inspektion der Rektalschleimhaut, die er durch ein oder zwei in die Scheide eingeführte und gegen die Ampulle des Rektum vorgedrückte Finger im Anus sichtbar macht. Auf diese Weise soll die Inspektion bei 60—70 % der erwachsenen Frauen leicht gelingen. *E. Zurhelle*-Bonn.

M. W. E. Walther-New Orleans: **Gonorrhöe des unteren weiblichen Urogenitalapparates.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. Nr. 9.

Die Gonorrhöe der Frau ist heilbar. Das beste Heilverfahren bei der Bartholinitis, Skenitis und Endozervizitis ist die Wärmebehandlung in Gestalt der Diathermie. *Pürckhauer*-Dresden.

F. Flarer: **Beitrag zur Kenntnis der akuten entzündlichen, nicht gonorrhöischen Prozesse des Hodens.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 657.

Drei Fälle zur Kasuistik der verschiedenartigen, nicht gonorrhöischen Entzündungen des Hodens. Der erste Fall wurde offenbar durch Staphylokokken hervorgerufen. Beim zweiten Falle wurde das Bacterium coli als Erreger gefunden; Fälle von Orchitis durch Kolibazillen sind in der Literatur etwas zahlreicher und von charakteristischerer Physiognomie als die durch Staphylokokken bedingten. Typisch ist der sehr akute Beginn mit Fieber und Allgemeinstörungen, die fast immer monolaterale Form, von der der vorliegende Fall sich allerdings durch das doppelseitige Befallensein unterscheidet. Bei derartigen Fällen ist die Vakzinebehandlung

Digitized by Google

offenbar wirksam, sei es, daß man eine Kolistammvakzine, sei es, daß man eine Autovakzine verwendet. Natürlich wirkt die Vakzine nicht gegen die bei diesen Formen gleichzeitig bestehende Bakteriurie, welche oft sehr schwer zu beseitigen ist. Der dritte Fall wurde durch den Streptococcus mucosus verursacht. Es handelt sich also um eine sehr seltene Ätiologie, die bei der Schwierigkeit des bakteriologischen Nachweises nur sehr selten zu bestimmen ist. Die Erkrankung begann in akuter Weise mit Schwellung des rechten Hodens und war von Fieber begleitet, welches wenige Tage anhielt. Die Krankheit ging mit vorübergehenden Besserungen und Verschlechterungen einher und konnte schließlich nur auf operativem Wege geheilt werden. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

P. Koshewnikow: **Über den Einfluß der Ehe, des Alters und der Beschäftigung auf die Häufigkeit der gonorrhöischen Epididymitis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 2.

In der Zeit von 1924—1926 sah Verf. ambulatorisch 155 Fälle von akuter Epididymitis gonorrh., davon 77 rechtsseitige, 51 linksseitige und 27 doppelseitige; ferner 7 Fälle von chronischer Epididymitis. Es erwies sich, daß an dieser Komplikation besonders häufig erkranken Personen im Alter bis zu 20 Jahren, ferner Verheiratete und endlich Leute mit einer mit viel Bewegung verbundenen Beschäftigung. *A. Jordan.*

Fuss: **Urogene Enterokokkensepsis.** M. K. 1927. 7.

Der Enterococcus oder Streptococcus faecalis gilt in Deutschland im Gegensatz zum Ausland noch immer als harmloser Saprophyt, sehr mit Unrecht. Eine nähere Durchforschung der einschlägigen Fälle würde die bisherige Einschätzung bald auch bei uns zu einer anderen machen. Obiger Kokkus kann sogar recht gefährlich werden, wie die genaue beigegebene Krankengeschichte mit Exitus letalis zu beweisen scheint. Infolge gonorrhoischer alter Harnröhrenstrikturen Zystitis und Pyelitis mit Beteiligung unseres Kokkus. Er wurde auch in der Dammwunde festgestellt, die zur operativen Freilegung der Urethra angelegt wurde. Schon vorher aber litt Kranker immer wieder an Fiebersteigerungen, die unserem Kokkus zur Last zu legen sind, denn die Autopsie ergab entsprechende Sepsis in allen inneren Organen. Therapie versagte völlig (Trypaflavin, Autovakzine). Schon zu Lebzeiten und auch post mortem gelang der Nachweis des Kokkus im Blut und das Serum des Kranken agglutinierte den aus Blut gezüchteten Enterokokkenstamm bis 1 : 10000. *Siegfried*-Aachen.

Bulkin: **Ein Fall von Ceratosis blenorrhagica.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 2.

In dem beschriebenen Fall entwickelten sich schmerzlose Keratosen auf der Haut der Brust, des Rückens, der Innenfläche der Oberschenkel und der Eichel bei einem Patienten mit Tripper, kompliziert durch Polyarthritis und Epididymitis. *A. Jordan.*

Urologie.

Saynisch u. *Goergen*-Trier: **Ein Fall von Diphtherie der Harnröhre.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 9.

Bisher in der Literatur nicht beschriebener Sitz der Diphtherie. Mikroskopisch wie kulturell Diphtheriebazillen nachgewiesen. Rasche Ab-

Digitized by Google

heilung — nach 2½monatigem Bestehen — unter 2mal Neosalvarsen zu 0,45, sowie 2mal 3000 E. Diphtherieserum im Abstand von 8 Tagen. *Pürckhauer*-Dresden.

O. Wiedhopf-Marburg: **Strikturierende Tuberkulose der weiblichen Harnröhre unter dem klinischen Bilde eines urethralen Polypen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. Nr. 5.

Kasuistischer Beitrag zu diesem äußerst seltenen Sitz der Tuberkulose. *Pürckhauer*-Dresden.

D. Oläh-Debreczen: **Über einen neuen Kunstgriff zur Katheterisierung von Kranken mit Prostatahypertrophie.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. Nr. 8.

Dem stehenden Patienten wird der Katheter bis zur Prostata eingeführt, dann — wohl durch einen Assistenten — durch das Rektum stark auf den oberen Prostatarand gedrückt, wonach der Katheter mit sanftem Druck in die Blase gleitet. *Pürckhauer*-Dresden.

T. Yokohata-Berlin: **Über hämatogene Tuberkulose des Penis und über Arteriitis tuberculosa.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 6.

Der mitgeteilte Krankheitsfall ist insofern von Bedeutung, als er erstens eine rein hämatogen entstandene Arteriitis productiva tuberculosa zeigt, und zweitens an Hand dieser Gefäßveränderungen einen Beweis für die hämatogene Natur der seltenen, bisher erst dreimal beobachteten tiefen Form der Penistuberkulose, die Pericavernitis tuberculosa abgibt. *Pürckhauer*-Dresden.

Gonorrhoe.

Therapie.

W. v. Brunn-Rostock: **Von Katheter und Bougie bis zur Wende des 19. Jahrhunderts.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 3.

Miktionsbeschwerden wurden im Altertum stets auf Steine oder Karunkeln am Schließmuskel zurückgeführt, der Begriff der Striktur und der Prostatahypertrophie war unbekannt bis zum 19. Jahrhundert. Die früheste Kunde vom Katheter stammt aus den Hippokratischen Schriften. Bougies haben dann die Inder zuerst eingeführt und bereits die systematische Bougiekur durchgeführt. Diese Kenntnis ist dann lange Zeit in Vergessenheit geraten, erst als durch die Gewinnung von Kautschuk eine technische Verbesserung der Instrumente erzielt wurde, gelang es auch, die Untersuchungsmethoden und die Erfolge der Behandlung weiter auszubauen. *Krüger*-Sagan.

Gluckman: **The treatment of gonorrhoeal infections by Diathermy. (Behandlung gonorrhöischer Infektionen mit Diathermie.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 7.

Verf. hat obiges Heilverfahren bei allen gonorrhöischen männlichen und weiblichen Komplikationen angewandt mit genauen Temperaturmessungen an den einzelnen Stellen der angewandten Hitzkatheter nach thermoelektrischem Meßverfahren. Die verschiedenen Apparaturen, das Meßverfahren, die ganze Technik überhaupt ist bis ins Kleinste beschrieben. Er hat teils mit hohen Temperaturen, manchmal sogar in Narkose, gearbeitet bei kürzerer und längerer Zeitdauer, wie auch desgleichen mit

Digitized by Google

niederen Hitzegraden. Bezüglich seiner Schlußfolgerungen ist Verf. sehr vorsichtig. Daß Gonokokken im lebenden Gewebe direkt abgetötet würden, bezweifelt er, eher sei z. B. bei Arthritis der gute Effekt auf sekundäre, reichlichere Blutdurchströmung mit Endotoxinen zurückzuführen; auch muß man vorsichtig sein mit Schlüssen, wenn mal Gonokokken nachher zu verschwinden scheinen, wie aus Zervix. Nur einmal hat er nach einer einzigen Sitzung bei akuter Anterior 27 Stunden nach Eiterauftritt Heilung erreicht, was immerhin etwas ermutigend wirke bezüglich Technikverbesserung, zumal ja auch alle bisherigen Verfahren nur zu weit von einem Ideal entfernt seien. Dazu Abbildungen der Instrumente und Hitzetabellen, deren eine bis 44,2 C. steigt. *Siegfried*-Aachen.

A. Rosenheim-Mannheim: **Über die Sterilisation und die sterile Aufbewahrung von Seidenbougies und Seidenkatheter.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 23.

Verf. hatte schon vor einiger Zeit einen Glastubus angegeben, der für die Aufbewahrung von Ureterenkatheter gedacht war. Das Prinzip besteht darin, daß in einem Nebenrohr Calcium chloratum cryst. eingebracht wird. Dadurch werden die Katheter neben der Desinfektion durch die Formalindämpfe gleichzeitig durch das Calcium chloratum getrocknet. Die „Agema" Berlin stellt jetzt auch auf Veranlassung des Verf. einen kürzeren und weiteren Tubus für gewöhnliche Katheter her. Diese Aufbewahrung hat den Vorteil, daß der Arzt stets gebrauchsfertige sterile Katheter zur Hand hat. *Krüger*-Sagan.

Greibo: **Die Behandlung der gonorrhöischen Vulvovaginitis bei Kindern mit dem Besredkaschen Filtrat einer Gonokokkenbazillenkultur.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 8.

Versuche mit dem *Besredka*schen Filtrat, teils allein, teils unter Zusatz von 30%iger Na.-benzoic.-Lösung nach *Priton* vernichteten nach Verf. die Gonokokken nicht dauernd. *A. Jordan.*

Blaschko u. *Trausel:* **Neargon als Antigonorrhoikum bei Kindern.** M. K. 1927. 3.

Die Gonorrhöe kleiner Mädchen ist bislang wegen der fast regelmäßigen Einbeziehung von Urethra, Rektum, Vagina, der empfänglichen zarten Schleimhäute, der Behandlungsschwierigkeiten kleiner Kinder eine gefürchtete Crux medicorum. Verff. empfehlen als absolut reiz- und schmerzlos in Scheide 3mal pro die 5%ige Neoreargonlösung mittels Tripperspritze mit weichem Kopf, hinterher fabrikmäßig hergestellte Neoreargonstäbchen. Gleiche Einspritzungen in Urethra. Ins Rektum entsprechendes Suppositorium. Innerlich Urotropin. Neoreargon beschmutzt Wäsche! Bettruhe erwünscht! Nach Verschwinden der Gonokokken im Abstrich noch 3—4 Wochen fortfahren mit gleicher Behandlung. Heilung etwa nach 8 Wochen laut Krankengeschichten. *Siegfried*-Aachen.

Bender: **Ambulante Behandlung von Vulvovaginitis gonorrhoica infantum.** M. K. 1927. 41.

Empfehlung der Globuli vaginales „Homefa" (Karl Horn & Co. A.-G., Frankfurt a. M.). Globuli mit Arg. proteinicum nach vorheriger Spülung am besten mit Sol. acykali 1 : 10000. Die Globuli treiben durch Vergasung Medikament in fernste Winkel, so daß bei Schmerzauftritt an krankhafte

Digitized by Google

Verlegung der weiblichen Duktus zu denken ist, was sich schon in zwei Fällen ergab. Möglicherweise also diagnostisches Unterstützungsmittel. Weiter ergeht sich Verf. des weiteren in allerlei Spekulationen, die von intuitivem Denken zeugen. Sie nimmt z. B. die Möglichkeit an, daß die Gonokokken nach Art von Paramäzium oder von Kolpidien beim Angriff sich ihrer schützenden, das Gift auffangenden Decken (Tekten) entkleiden, also quasi aus ihrer Haut schlüpfen und sich so, da dann unfärbbar, dem Nachweis entziehen. Das soll die so häufigen Rückfälle nach angeblicher Heilung erklären. Da in diesem Zustand bie Gonokokken die Widerstandsfähigkeit von Tuberkelbazillen möglicherweise haben, hat Verf. den Globulis Acid. lacticum hinzufügen lassen und will so bei Trippernachkuren selten Rückfälle gesehen haben. Auch Höhensonne soll auf die ihrer Tekten entkleideten Gonokokken bakterizid wirken durch Bildung von Provitamin aus dem reichlich im Trippereiter vorhandenen Cholesterin. Innerlich wird Arg. prot. 0,1 g 6—10mal pro die empfohlen. Zum Schluß Hinweis auf das die Nieren passierende Silberpräparat „Adsorgan" (Chem. Fabr. v. Heyden), das vielleicht berufen ist, neue Wege in Gonorrhöebehandlung zu eröffnen. *Siegfried*-Aachen.

Oppenheim: **Erfahrungen mit einem neuen Scheidenantiseptikum.** M. K. 1927. 33.

Gyneklorina der Firma Heyden in Tablettenform zu je 0,5 g. Hauptbestandteil Chloramin-Heyden. Spülen mit warmer Lösung von 2 Tabletten auf ½ l Wasser, was 1 % ige Reinchloraminlösung ergibt. Das vollkommen ungiftige und reizlose Mittel soll desinfizierend, fäulniswidrig und geruchskorrigierend wirken bei chronischem Fluor ebenso wie bei stark riechenden Ausflüssen puerperaler und gonorrhöischer Provenienz. Bei akuten Entzündungen soll man aber nur eine Tablette auf ½ l Wasser nehmen. Gyneklorina kann Kranken in die Hand gegeben werden zur häuslichen Anwendung. *Siegfried*-Aachen.

A. Loeser-Berlin: **Behandlung der chronischen weiblichen Gonorrhöe mit Frischvakzine und Lebendvakzine.** (Berliner urolog. Gesellschaft.) Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. Nr. 10.

Lokale Behandlung hat keinen Erfolg bei der chronischen weiblichen Gonorrhöe, ebensowenig die üblichen Handelsvakzinen. Nur *Frischvakzine*, die nicht älter als 8 Wochen sein dürfen, sind geeignet zu einer erfolgreichen Therapie. Refraktäre Fälle müssen mit *Lebendvakzine* behandelt werden (subkutane Quaddeln), worunter oft schnellste Ausheilung, mitunter nach nur einer Injektion. *Pürckhauer*-Dresden.

E. Friedrich Immel: **Zur Behandlung der Zervikalgonorrhöe mit Heißluft.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 6.

Mit der Heißluftbehandlung der Zervix ist man lediglich imstande, eine lokale Hyperämie zu erzeugen, die jedoch ohne wesentlichen Einfluß auf den gonorrhöischen Entzündungsprozeß ist. Die Heilung der Zervikalgonorrhöe erfolgt unter Heißluftbehandlung in Kombination mit der üblichen Therapie nicht schneller als mit letzterer allein; die Heißluftbehandlung scheint sogar das Auftreten einer Adnexitis zu begünstigen. Es ist daher nicht anzunehmen, daß eine definitive Heilung der Zervikalgonorrhöe allein durch die Heißluftbehandlung mit dem Fönapparat zu erzielen ist. *Weinstock*-Charlottenburg.

Digitized by Google

Burckhard: **Geburtshilfliche und gynäkologische Therapie mit Einschluß der Heilmittel.** M. K. 1927. 18.

Den Dermatologen interessiert bei Akne vulgaris die Empfehlung von Ovoglandol: täglich oder jeden zweiten Tag intravenös resp. -muskulär eine Ampulle, weiter Fermozyltabletten: 3mal täglich ½ Teelöffel voll trocken oder aufgeweicht eine Stunde vor Mahlzeiten. Akne soll in spätestens 3 Wochen zurückgehen, Rezidive äußerst selten sein.

Siegfried-Aachen.

Cohn: **Über Fluorbehandlung.** M. K. 1927. 21.

Ormizettentabletten der Firma A. Mendel, Chemische Fabrik, Berlin-Schöneberg, A.-G., haben sich dem Verf. sehr bewährt beim Fl. albus verschiedenster Provenienz. Das Mittel scheidet in Vagina ameisensaures Aluminium aus, das desinfizierend, adstringierend und durch seine Säuren umstimmend auf Scheidenschleimhaut wirken soll; dann soll durch Eiweiß ausfällende Alkalisalze auch Nährboden für pathogene Mikroorganismen verdorben werden, und Gasentwicklung gewährleistet innigen Kontakt des Mittels mit Schleimhaut. Liegen sonst keine erkennbaren lokalen oder konstitutionellen Ursachen des Fl. albus vor, dann täglich Spülungen machen lassen mit 1—2 Tabletten in 1 Liter lauwarmen Wassers, bei Versagern Tabletten direkt einführen alle 2 Tage. Lokaler Reiz nicht auftretend. Mittel ust ungiftig, unschädlich, geruch- und farblos und greift auch Wäsche nicht an. Bei fast allen Fällen angeblich befriedigendes id est Heilungsresultat. *Siegfried*-Aachen.

Hartog: **Behandlung des Scheidenausflusses mit Ungt. argent. nitr.** M. K. 1927. 20.

Ergibt digitale Untersuchung der Scheide Körnelung, dann mit der bekannten Silberperusalbe bestrichene Tampons in Scheide einführen und 24 Stunden liegen lassen. Wiederholung in 3 Tagen. Keine Spülungen.

Siegfried-Aachen.

Baer: **Behandlung entzündlicher Adnextumoren.** M. K. 1927. 20.

Die unspezifische Reiztherapie hat bei obigen Leiden keinen wesentlichen Vorteil gebracht. Gonorrhöische Adnextumoren wurden mit bestem Erfolg außer mit Gonokokken- auch mit Streptokokken-, Staphylokokken- und Kolivakzine behandelt, da fast immer Mischinfektionen vorliegen. Lokal wurde Urethra, Zervix und sogar Uterus behandelt mit 10—20%iger Targesinlösung. Lösung nur tropfenweise in Uterus durch Ureterenkatheter einlaufen lassen. Patientinnen sollen diesen immerhin groben Eingriff anstandslos vertragen. *Siegfried*-Aachen.

J. Vonkennel: **Forcierte intravenöse Kalziumbehandlung der Adnexitis gonorrhoica.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 45.

An Hand von 60 Fällen von akuten gonorrhöischen Adnexerkrankungen legt der Verf. den günstigen Einfluß des Afenils auf den Ablauf des Prozesses dar. Die mit der üblichen antiphlogistischen Behandlung kombinierte intravenöse, täglich verabfolgte Kalziuminjektion drückt die Dauer des akuten und subakuten Stadiums auf 8—12 Tage herab. Eine akut einsetzende Adnexitis kann häufig mittels sofort 2mal täglich applizierter Kalziuminjektionen innerhalb von 2—3 Tagen kupiert werden.

Digitized by Google

Auch die mit der Adnexitis einhergehenden Metropathien wurden günstig beeinflußt. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Weinstock-Charlottenburg.

Helmuth Fieser: **Zur Heißluftbehandlung der weiblichen Gonorrhöe.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 3.

Verf. berichtet über außerordentlich günstige Erfahrungen mit der Fönbehandlung der Zervixgonorrhöe. Die Erfolge sind nicht nur auf die Hitzewirkung, sondern auch auf die austrocknende Wirkung der heißen Luft und damit auf eine Verschlechterung des Nährbodens zurückzuführen. Die Fönbehandlung wird einmal täglich im Anschluß an die Lokalbehandlung (20% Protargolstäbchen) vorgenommen. Der Fönapparat wird unmittelbar an die äußere Öffnung des Spekulums aufgesetzt und heiße Luft so lange eingeblasen, bis die Kranke ein unangenehmes Hitzegefühl verspürt; nach geringer Unterbrechung dreimalige Wiederholung dieser Prozedur. Sowohl bei akuten, subchronischen und chronischen Gonorrhöen war innerhalb weniger Wochen selbst nach Provokation mit Gonoyatren der Zervikalschleim gonokokkenfrei.

Weinstock-Charlottenburg.

Walther Schmidt: **Zur Therapie des vaginalen Fluors.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 1.

80 Frauen mit vaginalem Fluor wurden mit dem Präparat Vagintus behandelt. Es gelang fast stets, schon nach 1—3maliger Behandlung die Sekretion der Scheide bedeutend zu verringern und das „lästige Ausflußgefühl" zu beseitigen. Weniger günstig waren die Dauerresultate; immerhin wurde bei einer Beobachtungszeit bis zu einem Jahre eine dauernde Heilung oder Besserung in 41,2%, eine Heilung oder Besserung von mehreren Monaten in 13,7% erzielt. In 21,2% konnte eine längere Zeit anhaltende Besserung nicht erzielt werden. Die Beobachtungen ermutigen dazu, das Präparat Vagintus weiter bei der Therapie des vaginalen Fluors anzuwenden, aber die Behandlung häufiger zu wiederholen, etwa 4—5malige Lokalbehandlung im Abstande von 8 Tagen bis 3 Wochen.

Weinstock-Charlottenburg.

O. Silzer: **Afeniltherapie bei Entzündungen der weiblichen Genitalorgane.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 41.

Injektionen von 10 ccm Afenil intravenös jeden 2. Tag bis zu einer Gesamtzahl von 9 Injektionen beschleunigten bei Entzündung der weiblichen Sexualorgane des Beckens die Heilung, so daß es möglich war, auch nicht ganz ausgeheilte Fälle früher der Operation zuzuführen. Gleichzeitig regelt das Afenil die bei Beckenentzündungen so häufig gestörten Menses und vermindert ihre Stärke.

Weinstock-Charlottenburg.

H. Thalmann-München: **Die Granugenolbehandlung der gonorrhöischen Erosionen der Portio.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 10.

Bei stärkeren Erosionen der Portio besteht die Unmöglichkeit, in die Zervix zur Gonorrhöebehandlung Stäbchen einzuführen. Die Ätzung mit Höllenstein ergab nur mäßige Resultate, dagegen hat sich die Behandlung mit Granugenol (*Knoll*) gut bewährt. Es wurde ein damit getränkter Wattetampon eingelegt, der über Nacht liegen bleibt. Schon

Digitized by Google

nach einigen Tagen schwanden die entzündlichen Erscheinungen, die schlaffen Granulationen wurden straffer und die Überhäutung beginnt. Meist gelang es nach 6—7 Tagen wieder mit der Gonorrhöebehandlung zu beginnen. Die endgültige Heildauer betrug meist 14—15 Tage.

Krüger-Sagan.

Lorenz: **Die Verwendung von Gyneklorina zu vaginalen Spülungen.** M. K. 1927. 9.

Von 149 Patientinnen mit nicht gonorrhöischem Weißfluß, die täglich morgens und abends eine Scheidenspülung mit Gyneklorina machten (eine Tablette in 250 Wasser), wurden 110 in 8—10 Tagen anscheinend ausflußfrei, 36 wesentlich gebessert. Die drei letzten Kranken, die vorläufig nicht gebessert wurden, zeigten an Portio Erosionen und Ausfluß aus Orifizium. Als bei diesen unter gelindem Druck Uterusspülungen mit ¼ %iger Lösung gemacht wurden, war auch deren Uterusausfluß nach 8 Tagen geheilt. Da Gyneklorina parfümiert riecht, keine Flecke in Wäsche macht, auch intern genommen (bis zu 3 Tabletten, wie Verf. an sich ausprobierte) unschuldig zu sein scheint, ist es dringend zu empfehlen und kann auch den Kranken in die Hände gegeben werden.

Siegfried-Aachen.

Guttmann: **Selbsthaltende Scheidenspekula.** M. K. 1927. 27.

Auf die Kritik *Kritzler-Kochs* hin in M. K. 1927. 4 hat Verf. sein selbsthaltendes Scheidenspekulum nunmehr so geändert, daß das Instrument sich nicht mehr durch Schleimhautspannung hält, sondern nur durch Anlegung der ganzen Fläche seiner Spangenbiegung an die hintere Fläche der absteigenden Schambeinäste. Es soll nunmehr wirklich völlig schmerzlos sich in der Scheide halten. *Siegfried*-Aachen.

Harrison: **The routine management of Syphilis and Gonorrhoea employed in the St. Thomas's hospital venereal diseases department. (Die gewöhnliche Behandlung der Syphilis und Gonorrhöe, wie sie in der Geschlechtskrankheitenabteilung des St. Thomas-Hospitals zur Anwendung kommt.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 5.

Im allgemeinen bekannte Dinge. Vor jeder Neoinjektion trinkt Kranker alkalische Glukoselösung, um Leberzellen mit Glykogen zu füllen, so daß sie weniger Affinität zum Arsenobenzol zigen, dazu 2 Stunden Nahrungsenthaltung vorher. Bei Herzfehlern und vaso-dilatorischen Symptomen Sulfarsenol nur subkutan. Vasomotorische Störungen werden bekämpft durch Adrenalin subkutan, zerebrale Symptome mit Krämpfen durch Lumbalpunktion und Adrenalininjektion. Erytheme sollen auf alkalische Glukoselösung ansprechen. Bei Dermatitis exfoliativa wird außer auf Natriumthiosulfat großer Wert auf Ernährung gelegt, da gleicherweise auch Verdauungsorgane angegriffen sein sollen (Leberthran). Gleiche Behandlung bei Gelbsucht. Weibliche Gonorrhöe nichts Neues. Bei kindlicher Vulvovaginitis wird Vagina mit Lufturethroskop nach Austrocknung unter Augenkontrolle aufgeblasen und Schleimhaut mit Merkurochrom in 25 %iger Lösung bepinselt. *Siegfried*-Aachen.

The diagnosis and treatment of Urethritis and Cervicitis in the female. (Diagnose und Behandlung der Urethritis und Zervizitis bei Frauen.) The B. j. o. v. dis. 1926. 6. 1. *Logan*, 2. *Russell*, 3. Diskussion zu beiden Vorträgen.

Digitized by Google

1. *Logan:* Behandelt an gegebenen Fällen die Schwierigkeiten, denen auch der gewissenhafteste Arzt immer wirder begegnet, wenn es sich darum handelt, Heilung der weiblichen Gonorrhöe zu gewährleisten. Als antigonorrhoische Lösung empfiehlt Verf. als am wirksamsten 10%ige Protargollösung nur in Glyzerin. Bei Vakzinebehandlung wird Reaktion vermieden. Behandlung der einzelnen Organe angegeben. Alles in allem kommt die Arbeit auf einen großen Pessimismus heraus, so daß Verf. am Schluß selbst 7 Fragen stellt bezüglich Diagnose, Behandlung, Prognose, Heilung, Wert der Komplementbindung, Klima- und Temperatureinflüsse usw. *Siegfried*-Aachen.

2. *Russell:* Auch dieser Beitrag plaudert mehr über allerlei sonderbare Erfahrungen bei „geheilten" weiblichen Gonorrhöikern, demnach kommen „Gonokokkenträger" gar nicht so selten vor nach Analogie der Typhusträger. Er unterscheidet allerlei weibliche Gonorrhöeformen im Zusammenhang mit verschiedenen Gesellschaftsklassen, ohne daß dadurch für die Therapie viel gewonnen zu sein scheint. Großen Wert legt Verf. der Diät und Lebensführung bei quoad-Heilung, für sehr verderblich und krankheitsverlängernd hält er Überhitzung durch Umwelt (Köchinnen). Auch er hält 10%ige Protargol-Glyzerinlösung für das beste Antigonorrhoikum, mit der alle Duktus und Nebenduktus und Kanäle sorglich ausgewischt resp. ausgespült werden sollen. Therapeutisch sonst nichts Neues. *Siegfried*-Aachen.

Harrison: **Gonorrhoea.** The B. j. o. v. dis. 1927. 1.

Verf. beschäftigt sich mit dem Weh und Ach des heutigen Standes der Gonorrhöediagnostik, zumal bei Frauen, der ja allen Praktikern nur zu geläufig ist. Nur zu oft kommen sonst völlig symptomlos erscheinende Gonokokkenträgerinnen vor. Besser als „gramnegative Diplokokken den Gonokokken gleichend" ist Kulturverfahren, das aber auch versagen kann. Komplementfixation nicht zu umgehen, da oft versteckte Herde durch sie noch verraten werden. Auch vom Urethoskop soll man reichlicheren Gebrauch machen. Interessant ist, daß man Gonokokken in gute und schlechte Immunisierungsstämme teilen kann, wie in einem großen Militärhospital jetzt herausgefunden wurde (siehe folgenden Beitrag von *Lambkin*. Ref.), und zwar betreffen die guten ein Drittel der Stämme. Und von diesen soll eine Fraktion isoliert werden können, die, ohne toxisch zu sein, nur als Antigen wirkt. Therapeutisch bricht Verf. eine Lanze für Diathermie, die bei verbesserter Technik sicher noch Zukunft habe. *Siegfried*-Aachen.

Lambkin: **A preliminary note on the employment of certain constituents of the Gonococcus in treatment and of other constituents in tests of cure. (Vorläufige Mitteilung über die Verwendung gewisser Bestandteile der Gonokokken bei der Behandlung und weitere Mitteilungen über andere Bestandteile, die zum Nachweis einer Heilung dienen.)** The B. j. o. v. dis. 1927. 1.

Verf. zeigt hier einen neuen Weg, der vielleicht sich gangbar erweist und als Ziel die völlige Umstellung unserer heutigen, recht unzugänglichen Gonorrhöetherapie und -diagnose ergeben könnte. Die neuen Versuche sind 3 Jahre lang im Militärhospital in Woolwich durchgeführt, und sie haben zur Grundlage den Chemismus und die Biologie des Gonokokkus.

Digitized by Google

Wenn man Gonokokkenkulturen auf einem Medium zieht, das reich an tierischem Nukleoprotein ist, dann etwickelt etwa ein Drittel aller Stämme Polarkörperchen, die ihrerseits aus α-Nukleoprotein und β-Nukleohistonen bestehen. Diese beiden Körper haben antigene, immunisierende Eigenschaft und sind demnach ungiftig. Zu Heilzwecken wurden nun beide Körper in 2%iger Kochsalzlösung sowohl intradermal wie auch in Harnröhre selbst eingespritzt. Dabei ist Bedingung, daß Urin sich in bestimmten Säuregrenzen hält, weil bei zu großem Säuregehalt die Gonokokken äußerst resistente Vierzahlenanordnung annehmen, andererseits bei zu alkalischem Gehalt zu starke Autolyse sich bemerkbar macht mit irritierendem Freiwerden von Endotoxinen. Urin muß also täglich auf Säuregehalt titriert werden. Versuchserfolge sollen sehr befriedigend sein. Zum Nachweis einer Heilung bediente Verf. sich der Stämme, die keine Polkörperchen abwarfen, was bei zwei Drittel der Gonokokkenstämme der Fall war. Hier wurde eine entsprechende Aufschwemmung in die vermeintlich geheilte Harnröhre gespritzt, was gelegentlich gonorrhöisches Rezidiv zur Folge hatte, andernfalls bestand demnach Heilung. Technik, Kulturverfahren mit Angabe der verschiedenen Medien und sonstige viele Einzelheiten und Theorien müssen nachgelesen werden. Dazu 8 Seiten Tabellen.

Siegfried-Aachen.

Diskussion zu obigem Vortrag: Hier besonders wichtig *Pedroso* mit seinen Versuchen, nachzuweisen, daß Exazerbation der Gonokokken veranlaßt werde durch CO_2-Anhäufung im Blut und wahrscheinlich nur von dieser abhänge. Im Schlußwort gibt dann *Lambkin* noch einige technische Erläuterungen. *Siegfried*-Aachen.

Abraham: **Marriage and Gonorrhoea. (Heirat und Gonorrhöe.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 8.

Nach einem ziemlich langen Exkurs in die frühe und früheste Geschichte der Syphilis und Gonorrhöe, bei dem die Verdienste der Engländer nicht zu kurz kommen, und der darauf hinweisen soll, daß, wie früher, man sich auch heute wieder irren kann, kommt Verf. auf sein eigentliches Thema zu sprechen, ohne auch seinerseits nicht die bekannten großen Schwierigkeiten zu verkennen, die auch heute noch dem Praktiker Kopfschmerzen machen. Seiner Weisheit Schluß ist, erst dann Konsens zu geben, wenn monatelang die Komplementbindungsreaktion des Serums auf Gonorrhöe negativ blieb und keinerlei entzündliche Erscheinungen klinisch mehr nachweisbar sind. Als wichtig sind aus der folgenden Diskussion hervorzuheben zwei interessante Mitteilungen. *Pedroso* meint, daß der Gonokokkus sich bei vermehrtem CO_2-Druck besonders wohl fühle und virulenter werde; das sei auch der Grund, warum Alkohol und körperliche Anstrengungen verschlimmernd wirkten, denn beide vermehrten Blutkohlensäure. *Lambkin* hat zu Provokationszwecken gonorrhoische Vakzine in zu untersuchende Organe, vor allem Harnröhre, injiziert und nach 4—5 Tagen sei nur zu oft, auch bei völlig geheilt Erscheinenden, wieder positiver Ausfluß erfolgt. Erst wenn das nicht mehr der Fall ist, würden seine Soldaten aus dem Militärlazarett entlassen. Weiter beschäftigt sich die Diskussion noch besonders mit dem sogenannten nichtgonorrhöischen Ausfluß beider Geschlechter. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Siebert: **Von der Tiefenwirkung in der Gonorrhöetherapie.** Kl. W. 1927. Nr. 5. S. 212.

Eine Tiefenwirkung in der Gonorrhöetherapie kann sowohl auf pharmakologischem als auch mechanischem Wege erreicht werden. Die auf pharmakologischem Wege (Silberverbindungen) erreichte Tiefenwirkung ist nicht als eine desinfektorische anzusehen, dazu waren die in die Tiefe gelangenden Silbermengen viel zu klein. Der Effekt geht wahrscheinlich über den Weg eines „Reizes" von dem Organismus selbst aus durch Anfachung antiimmunisatorischer Kräfte. In die Tiefe dringt das Silber als Silberalbuminatchlornatrium oder als kolloidales Chlorsilber. Denkbar ist auch das Eindringen als reines kolloidales Silber, das aber daher gewisse Umwandlungen erhalten wird. *Hans Ritter*-Berlin.

Lippmann: **Über die Abortivbehandlung der männlichen Urethralgonorrhöe.** M. K. 1927. 31.

Geeignet nur für Fälle mit mäßiger Entzündung und nur für wenige Tage Dauer, deren zweiter Urin noch klar. Verfahren: 2mal täglich Irrigation der Urethra ant. mit 200 ccm von Sol. arg. nitrici 1 : 3000—1000. Angeblich schon nach 24 Stunden oft Gonokokken verschwunden. Sind bei täglicher 2maliger Untersuchung Gonorrhöe fortgeblieben, keine Behandlung mehr, sondern nur noch Mikroskopie. 2—3wöchentliches Freibleiben des Sekrets soll fast immer Heilung bedeuten. Kommen aber auch dann noch Rezidive, Abortivbehandlung zwecklos. Verf. will in 17 Jahren von 150 Fällen mindestens 100 auf obige Art abortiv geheilt haben. Ursache des Abortiverfolges sieht Verf. darin, daß Gonokokken im Anfang geringeren Widerstand leisten gegen Behandlung als später; auch im stark vermehrten, entzündlichen Ausfluß ist Abwehrreaktion zu sehen. *Siegfried*-Aachen.

Cohn: **Zur Abortivbehandlung der männlichen Gonorrhöe.** M. K. 1927. 41. Kritische Bemerkungen zur Arbeit von *Lippmann* in Nr. 31 dieser Wochenschrift.

Abortivkuren sind zwecklos, wenn erste subjektive Symptome älter als 24 Stunden. Inkubation nicht so entscheidend, nur soll auch diese 8 Tage nicht überschreiten. Arg. nitr. aber im Gesensatz zu *Lippmann* schlecht, gut dagegen 4% Protargolspülungen. So 47% Heilungen. Auf alle Fälle aber im Gegensatz zu *Lippmann* wochenlange nachherige Kontrolle. *Siegfried*-Aachen.

Lippmann: **Schlußwort auf die „Kritischen Bemerkungen".** M. K. 1927. 41.

Im Gegensatz zu *Cohn* soll man Zeit nicht fixieren, die zur Abortivbehandlung noch in Frage kommt, da sonst manche Fälle verschleppt werden; entscheidend soll nur sein, daß Entzündung nur mäßigen Grad erreichte. 4%ige Protargollösung soll wieder zu sehr reizen, was schwache Arg.-nitr.-Lösungen nicht tun. Blieben Gonorrhöen eine Woche fort, dann soll man mit Heilung fast immer rechnen dürfen. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Buchbesprechungen.

K. Zieler: *Lehrbuch und Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten für praktische Ärzte und Studierende.* Auf der Grundlage von Prof. *Jacobis* Atlas der Hautkrankheiten textlich vollständig neu bearbeitet. 2. verm. u. verbesserte Auflage. Berlin u. Wien 1928. Urban & Schwarzenberg. Preis 65 *RM.*

Bereits nach vier Jahren ist die Neuauflage des rühmlichst bekannten *Jacobi-Zieler* notwendig geworden, der beste Beweis für seine Beliebtheit und seine Brauchbarkeit. Die Abbildungen des Atlas sind nur um wenige vermehrt, dagegen ist der Text um eine erhebliche Anzahl instruktiver makroskopischer, vor allem aber mikroskopischer Zeichnungen vermehrt worden, die den Text aufs beste ergänzen.

Im Aufbau ist nichts Wesentliches geändert, aber überall sind die neuen Erkenntnisse hineingearbeitet worden und es muß besonders anerkannt werden, in welch klarer Weise der Verfasser auch die verschlungensten Probleme leicht faßlich dargestellt hat. Das Lehrbuch ist als moderne umfassende Darstellung unseres derzeitigen Wissens über die Haut- und Geschlechtskrankheiten zu bezeichnen und kann Studierenden, praktischen und Fachärzten nur aufs wärmste empfohlen werden.

Die Mannigfaltigkeit und Vollständigkeit des im Atlas vorhandenen Bildmaterials ist so oft rühmend hervorgehoben worden, daß darüber nichts Neues gesagt werden kann. Leider sind aber eine Anzahl Abbildungen nicht mehr so farbenschön und durchsichtig klar wiedergegeben wie in den älteren Auflagen des Jacobischen Atlasses. Wenn auch dieser neue Atlas durchaus vollwertiges, für Unterricht und Studium hervorragend brauchbares Bildmaterial liefert, so wäre ihm bei der nächsten Auflage doch noch mehr Prägnanz zu wünschen. Hoffentlich geht das ohne wesentliche Verteuerung. Denn der äußerst wohlfeile Preis für die stattlichen zwei Bände ist allein schon des Lobes wert.

Frieboes (Rostock).

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Herausgegeb. von *J. Jadassohn.* 22. Band. *Soziale Bedeutung, Bekämpfung, Statistik der Geschlechtskrankheiten.* Bearbeitet von *H. Hecht, H. Haustein.* Berlin 1927. Julius Springer. Preis 114 *RM*, in Halbleder geb. 122 *RM.*

Der neue Band des *Jadassohn*schen Handbuches, der sich durch seinen besonders großen Umfang auszeichnet, beschäftigt sich mit der sozialen und statistischen Seite der Geschlechtskrankheiten und ihrer Bekämpfung. Die soziale Bedeutung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat *Hugo Hecht* in übersichtlicher und entsprechend der Größe des behandelten Themas knapper Form dargestellt. Seine schöne Arbeit geht ein auf die Ursache der Geschlechtskrankheiten (Moral, Alkohol, Krieg, Lohn- und Arbeitsfragen für die genitale, berufliche und hygienische Momente für die extragenitale Infektion). Er behandelt weiter die sozialen Schäden, frühzeitige Invalidität, Kosten für die Heilung und Degeneration oder vollkommenes Fehlen der Nachkommenschaft, ferner das Problem der Zu- oder Abnahme der Geschlechtskrankheiten, das dadurch so schwierig wird, daß die Statistiken keine eindeutigen Resultate geben, und diskutiert die Faktoren, die den Anstieg und das Zurückgehen der Syphilis bedingen können (Epidemiologie, Salvarsan usw.). Von großer Bedeutung für das Volkswohl ist die Ansteckung der Kinder mit Gonorrhöe (oft epidemieartig) und mit Syphilis, die auf mangelnde Hygiene,

Digitized by Google

Wohnungsnot und Unsittlichkeit zurückzuführen ist. Besonders betont wird die Bedeutung der Frühbehandlung der kongenitalen Lues vor der Geburt des Kindes durch Behandlung der Mutter. Einige Tabellen aus Deutschland und Rußland zeigen zahlenmäßig die soziale Stellung (Beruf) der Infektionsquellen. Auch das wichtige und viel umstrittene Gebiet der Prostitution hat entsprechende, eingehende Berücksichtigung erfahren. Die zahlreichen und widersprechenden Auffassungen und Berichte sichtet der Autor objektiv, ohne dabei mit seinen eigenen Anschauungen hintan zu halten. Die sozialen, wirtschaftlichen, sexuellen und psychischen Gesichtspunkte für die Entstehung der Prostitution und die zahlreichen differenten Wege, sie zu bekämpfen oder zu sanieren (Reglementierung, Kasernierung, Abolitionismus) werden übersichtlich geschildert. Der Frauenhandel mit seiner für manche europäischen Länder noch immer ungeklärten Bedeutung, die wesentliche Beteiligung des Alkohols, die Prostitution der Jugendlichen und Homosexuellen und schließlich noch das gleichfalls umstrittene Problem der sexuellen Enthaltsamkeit findet eine für die Zwecke des vorliegenden Handbuches ausgezeichnete, der Wichtigkeit des Themas entsprechende Behandlung.

Auch der zweite Teil des *Hecht*schen Artikels, der den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten zum Inhalt hat, zeigt einmal das umfangreiche, bisher vorliegende Material und gibt dabei von den modernen Auffassungen des Autors Kenntnis. Fürsorge, Prophylaxe, Aufklärung, Ehezeugnisse, Meldepflicht und Zwangsheilung, das ist etwa der Inhalt der einzelnen Kapitel, die wieder ausführlich genug über die schwierigen Fragen orientieren. Der Abschnitt über das Problem der Geschlechtskrankheiten faßt noch einmal die ärztlichen Faktoren dieses Kampfes zusammen. Die andeutungsweise hinzugefügten Gedanken über die Notwendigkeit einer Veränderung der sozialen und ethischen Verhältnisse entbehren sicher nicht der Berechtigung, wenn sie auch zum Teil noch mehr zu diskutieren sind. Sehr dankenswert sind die Darstellungen der gesetzlichen Verhältnisse in den einzelnen Ländern.

Die Unsumme des verarbeiteten Materials, welches die fast 800 Seiten umfassende Arbeit *Hausteins* über die Statistik der Geschlechtskrankheiten enthält, läßt sich nicht auch nur annähernd im Rahmen eines kurzen Referates skizzieren. Statistiken, Tabellen, Merkblätter in großer Zahl, den Originalarbeiten entnommen, geben die Schwankungen der Geschlechtskrankheitenziffern, die Todesfälle, die Verteilung auf die Geschlechter, die metasyphilitischen Krankheiten und vieles andere wieder. Gerade diese Materialsammlung macht das Werk bei der Wichtigkeit, die heute der Gewinnung statistisch verwertbarer Zahlen über die Bewegung der Geschlechtskrankheiten beizumessen ist, besonders wertvoll. Vor allem aber dankenswert und gerade dem statistisch arbeitenden Mediziner wichtig sind die einleitenden Bemerkungen, die sich mit der Art der Methodik und kritischen Würdigung der Statistik befassen. In dem sich an die Wiedergabe des ganzen statistischen Materials anschließenden allgemeinen Teil bespricht *Haustein* dann das wichtige Kapitel der Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten, indem er in mannigfachen Beziehungen die Geschlechtskrankheiten zu sozialökonomischen Veränderungen, zu Reichtum und Armut, zum Arbeitsmarkt, zum Verbrechen, zum Alkohol, zur Ehe usw. aufrollt. Und schließlich legen zahlreiche weitere Statistiken die Verteilung der Geschlechtskrankheiten nach Alter, Geschlecht, Zivilstand klar. Statistisch-technische Erörterungen über Veranstaltung und Bewertung von Enqueten sind gleichfalls wichtig, weil sie Klarheit bringen über Wert und Un-

Digitized by Google

wert der angewandten Methoden. Beide Arbeiten, die von *Hecht* und von *Haustein*, sind ausgezeichnet durch zahlreiche Literaturangaben, so daß der Wert des umfangreichen Werkes, seine Bedeutung als Hand- und Nachschlagebuch dadurch noch außerordentlich erhöht wird.

Edmund Hofmann (Frankfurt a. M.).

Oskar Gans: *Histologie der Hautkrankheiten.* Bd. II. Berlin 1928. Jul. Springer. Geb. 135 *RM.*

Der zweite Band bringt den 2. Teil der Dermatitiden oder reaktiven Vorgänge in der Haut (akute Exantheme: Scharlach, Masern, Serumkrankheit, Rattenbißkrankheit, Maul- und Klauenseuche, Fleckfieber, Schweißfriesel, Pocken, Vakzination, Vakzineexantheme, Melkerknoten, Paravakzine, Varizellen, Herpesgruppe, Verruga peruviana; ferner die Mykosen der Haut). Es folgen örtlich übertragbare infektiöse Gewebsneubildungen, wozu Verf. das Condyloma acuminatum, die Verrucae und das Molluscum contagiosum rechnet, sodann die tierischen Parasiten und Fremdkörper, Störungen des Kreislaufs (Blut- und Lymphkreislaufs) und Entwicklungsstörungen (hypoplastische [Defekt-]Bildungen, hyperplastische [Überschuß-]Bildungen, Dysplasien, Cysten und Naevi). Den Schluß bilden die echten Geschwülste (Blastome). Dem Bande ist wiederum ein sehr reichliches Literaturverzeichnis, sowie ein Gesamtsachverzeichnis für beide nunmehr vorliegenden Bände beigefügt.

Das hohe Lob, das dem Verfasser von allen Seiten bereits für den ersten Band zuteil wurde, ist nach Abschluß des zweiten Bandes besonders berechtigt. Die Beherrschung des riesigen Gebietes und seiner Literatur, die einheitliche meisterliche Darstellung ist größter Bewunderung wert. Die Auswahl der 238 meist farbigen Abbildungen ist hervorragend gelungen; schon ihr Studium allein gewährt einen umfassenden Einblick in die exakte und tiefgründige Verarbeitung des Stoffes. Mit Recht hat *Bloch* in seiner Besprechung (D. m. W.) bereits hervorgehoben, daß das vorliegende Werk in der Weltliteratur nicht seinesgleichen hat. Das Werk von *Gans* wird, wie es einst bei seinem Lehrmeister *Unna* der Fall war, für Jahrzehnte das Fundament der dermato-histologischen Forschung sein.

Zurhelle (Bonn).

L. Brocq: *Cliniques Dermatologiques.* Deuxième Serie. Paris 1927. Masson & Cie. Pr. 70 Fr.

In der zweiten Serie seiner in Paris und Straßburg gehaltenen klinischen Vorlesungen gibt *Brocq*, der Nestor und einer der Führer der französischen Dermatologie, einen Überblick hauptsächlich über seine eigenen für die gesamte Wissenschaft so fruchtbar gewordenen Auffassungen und Arbeiten. Man kann das in 58 Kapiteln niedergelegte umfangreiche Material in 4 Abschnitte einteilen. Im 1. Abschnitt „Allgemeines" bespricht *Brocq* den Begriff der Dermatosen und die von ihm gewählte Art ihrer Einteilung. Der 2. Abschnitt „Allgemeine Therapie" enthält die Hygiene der Haut und die äußere Behandlung ihrer Erkrankungen. In der 3. Abteilung (Entités morbides vraies) werden die durch äußere Ursachen hervorgerufenen „eigentlichen und wahren" Hautkrankheiten, und in einem 4. Hauptteil die durch allgemeine Erkrankungen auf der Haut hervorgerufenen Erscheinungen (Réactions cutanées) beschrieben. Hierbei setzt sich *Brocq* mit dem Begriff der Lichenifikation, der Neurodermitis, der Duhringschen Krankheit, der Parapsoriasis, den Erkrankungen der behaarten Kopfhaut, deren Übergänge und ihren Theorien auseinander. Eine Besprechung der palmaren und plantaren Keratosen beschließt den Band.

Digitized by Google

Der Inhalt der Vorlesungen trägt ganz das Gepräge der französischen Schule, die ja von *Brocq* in vielen Richtungen beeinflußt wurde. Erstaunliches Verständnis für die klinischen Erscheinungen, eingehende Systematik und glänzende bis ins Feinste durchdachte therapeutische Maßnahmen allgemeiner und lokaler Art — man lese z. B. das Kapitel über die Balneotherapie der Dermatosen —, zahlreiche interessante, historische Bemerkungen machen das Studium des Werkes zu einem hohen Genuß. Auch die wichtigsten deutschen Arbeiten und Forschungen werden kritisch herangezogen. Aus all diesen Gründen ist auch der 2. Band der Dermatologischen Klinik eine wertvolle Bereicherung unserer Fachliteratur. *Memmesheimer* (Bonn).

G. Holzknecht: *Einstellung zur Röntgenologie.* Eine Untersuchung über die Einfügung der Röntgenstrahlenanwendung in Praxis, Forschung und Unterricht. Wien 1927. Julius Springer. Preis Mk. 8,60.

Holzknecht erörtert in einem gedankenreichen kleinen Buche die Möglichkeiten, in welcher Weise die Röntgenologie mit bestem Nutzen für Praxis, Unterricht und Forschung mit dem heutigen Krankenhauswesen, der Spezialkliniken und den Spezialdisziplinen der klinischen Medizin zu verbinden sei, und unterzieht dabei die divergierenden Ansichten der verschiedenen Parteien einer Kritik. Schon in der Einleitung stellt er die gegensätzlichen Meinungen, die Strahlenanwendung den Spezialdisziplinen vorzubehalten bzw. von diesen gänzlich abzusondern, mit ihrem Für und Wider einander gegenüber. Was er dann über die Struktur der Medizin, die praktische Anwendung der Röntgenstrahlen, den Unterricht und die Forschung sagt, ist eine erschöpfende Darstellung des ganzen Fragenkomplexes. Er vermeidet es zunächst noch, bindende Richtlinien anzugeben; seine Abhandlung wird aber bei allen Entscheidungen, die — auch in der Dermatologie — in absehbarer Zukunft überall getroffen werden müssen, als Dokument besonders großer Erfahrung einen wertvollen Berater darstellen. *Zurhelle* (Bonn).

Leopold Pulvermacher: *Hautkrankheiten und innere Sekretion.* Halle 1927. Carl Marhold. Preis geh. Mk. 3,40.

In kurzer, klarer Form, großenteils im Telegrammstil, sind zahlreiche Beobachtungen über die Einflüsse der innersekretorischen Drüsen auf die einzelnen Bestandteile der Haut, wie Epidermis und deren Anhänge, subkutanes Fettgewebe, Bindegewebe und Gefäße zusammengetragen. In derselben Weise ist die Abhängigkeit zahlreicher Hauterkrankungen und Hautgeschwülste von innersekretorischen Faktoren geschildert. Es geht daraus hervor, wieviel exakte Arbeit auf diesem Gebiet noch zu leisten ist. Das Studium der sehr verdienstvollen und interessanten Arbeit verlangt die Kenntnis einiger nicht allgemein gebräuchlicher Fachausdrücke. Ein genaues Literaturverzeichnis ist beigefügt. *Memmesheimer* (Bonn).

E. Goldberger: *Dynamische Pathologie und Pharmakologie der Syphilis.* Wien 1928. Haim & Co. 116 S. 4,20 *RM.*

Beim Zusammentreffen der Spirochaeta pallida mit höheren Lebewesen kommt es zu Wechselwirkungen, die das Bild der Syphilis bestimmen. Mit der Beschreibung der Krankheitserscheinungen befaßt sich die „statische" Syphilislehre. Die Beschreibung der Kräfte jedoch, die die Krankheitsprozesse in Bewegung setzen, sie erhalten, sie zum Stillstand bringen und ihre Rückbildung bewirken, ist Aufgabe der „dynamischen" Pathologie und Pharmakologie der Lues. Da es sich hierbei um zahlreiche, äußerst verwickelte und größtenteils

Digitized by Google

nur hypothetisch deutbare Vorgänge handelt, war die Aufgabe einer kurzen Darstellung, wie sie in der vorliegenden Broschüre versucht wurde, keine leichte. Im ganzen ist sie aber ausgezeichnet gelöst. Die in Betracht kommenden Lehren sind in übersichtlicher Einteilung zusammengefaßt und kritisch beleuchtet, sowie durch eigene Gedanken ergänzt. Die ordnende Hand des Verfassers zeigt sich besonders in der Schilderung der bei der Wassermann-Reaktion mitwirkenden Kräfte. Eine Besprechung der Malariatherapie der Syphilis ist als Anhang von *K. v. Berde* gegeben. Da das Studium der Abhandlung eine vertiefte Auffassung vom Verlauf und der Therapie der Syphilis vermittelt, ist es sehr zu empfehlen. *Memmesheimer* (Bonn).

Jod, ein Überblick über seine biologische und pharmakologische Bedeutung. Komitee für Chilesalpeter, Berlin-Charlottenburg.

In kurzer Form wird in dieser Broschüre ein Überblick über die biologische Rolle des Jods gegeben. Aus der klar geschriebenen Zusammenstellung geht hervor, wie gering unser Wissen über die Pharmakologie des Jods eigentlich ist, obwohl seine gute Wirksamkeit bei vielen Krankheitsfällen schon lange empirisch erkannt wurde. Die Schrift soll und wird zu neuen Forschungen auf diesem wichtigen Gebiete anregen.

Memmesheimer (Bonn).

F. Schürer-Waldheim: *Kausale Fermenttherapie der Infektionskrankheiten.* Neue Heilkunde und Gesundheitslehre. H. V. Oldenburg 1927. Schulzesche Verlagsbuchhandlung.

In Anlehnung an *Abderhaldens* Untersuchungen über parenterale Zufuhr von artfremdem Eiweiß und in der Vorstellung der Toxinausscheidung durch den Harn hat sich der Verfasser eine Behandlungsmethode ausgearbeitet, durch die er einen toxinzerstörenden, sogar bakteriziden und antitoxinbildenden Effekt erzielen will. Er injiziert subkutan entweder Pferdeserum oder Kaseosan zusammen mit verdünntem oder unverdünntem Eigenharn des Patienten. Diese Therapie wendet er von der leichten Grippe bis zur Nierentuberkulose, Paralyse, Tabes und multiplen Sklerose an und glaubt aus seinen 4tägigen bis 4wöchentlichen Beobachtungen den Schluß ziehen zu können, daß die Entdeckung seiner Fermenttherapie das Ende der Behandlungsmethoden mit Diphtherieserum, Salvarsan, Malaria und auch das Ende der Schutzpockenimpfung bedeute. *A. Memmesheimer* (Bonn).

Personalien und Tagesnachrichten.

Zum 60. Geburtstag von Professor Felix Pinkus.

Das Jahr 1868, das für die Dermatologie besondere Bedeutung besitzt, weil in ihm die erste pathogene Spirochäte in Berlin durch *Obermeier* und ferner das für die Strahlentherapie wichtige *Helium* entdeckt wurde, ist auch das Geburtsjahr von Prof. *Felix Pinkus*. Nachdem schon im vorigen Heft seines Geburtstages (4. April) kurz gedacht und ihm die Glückwünsche der Herausgeber und des Verlags ausgesprochen wurden, sei ihm hier noch einmal für seine langjährige treue Mitarbeit an unserer Zeitschrift, die seinen Namen seit etwa 20 Jahren auf dem Titelblatt trägt, herzlichst gedankt. Aus der Schule *Albert Neißers* hervorgegangen und von *Paul Ehrlich* beeinflußt, ist *Pinkus* doch bald eigene Wege gegangen und hat dank seiner trefflichen Beobachtungsgabe, die auch die kleinsten klinischen und morphologischen Veränderungen aufzufassen vermag, sich bleibende Verdienste erworben. Durch zahlreiche sehr

Digitized by Google

fleißige, auch mühevolle Rekonstruktionsmethoden verwertende Arbeiten hat er die Lehre von der Morphologie und Histobiologie der Haut gefördert, und sein großer kürzlich erschienener Handbuchartikel über die Anatomie der Haut legt Zeugnis von seiner umfassenden Beherrschung dieses Wissenszweiges ab. Ebenso hat er wertvolle Arbeiten auf dem Gebiet der allgemeinen Pathologie und Histopathologie der Haut geliefert, von denen die über leukämische und ähnliche Erkrankungen und Lichen nitidus besonders genannt seien. Ein kleiner Leitfaden der Haut- und Geschlechtskrankheiten (1910) zeigt seine Fähigkeit zu knapper zielsicherer Darstellung, und in Kursen und Vorlesungen über Histopathologie der Haut hat er sein Lehrtalent oft bewiesen. Unter dem Einfluß von *Blaschko* wandte er sich der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu und hat sich auch auf diesem Gebiete sowie um das neue Gesetz zur Eindämmung dieser Krankheiten Verdienste erworben. Möge er auch im kommenden Dezennium die gleiche Arbeitskraft und Schaffensfreude zum Besten unserer schönen Fachwissenschaft entfalten und er unserer Zeitschrift weiter ein treuer Mitarbeiter bleiben.

Am 12. Mai d. J. feierte unser hochgeschätzter langjähriger Mitarbeiter Prof. *Touton* seinen *70. Geburtstag*, zu dem ihm die Deutsche Dermatologische Gesellschaft Blumen und Glückwünsche überreichen ließ und die Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen ihn zum Ehrenmitglied ernannte. Den herzlichen Wünschen der Herausgeber und des Verlages unserer Zeitschrift wird im nächsten Heft eine nähere Würdigung seiner Verdienste folgen.

Prof. *Otto Grütz*, Oberarzt der Hautklinik in *Kiel*, wurde zum Leiter der Hautabteilung des Städtischen Krankenhauses in *Elberfeld* gewählt.

Hofrat Prof. *Wagner-Jauregg* (Wien) ist von der Berliner Medizinischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied gewählt worden.

Prof. *E. Hoffmann*, der am 25. 4. d. Js. seinen 60. Geburtstag beging, ist nach Rückkehr von seiner Reise durch Spanien und Frankreich am 30. 4. eine Festschrift von seinen nächsten Schülern und Freunden überreicht worden. Diese stellt Band 53 der Dermatologischen Zeitschrift dar und enthält 88 Originalbeiträge, z. T. auch Beiträge von ausländischen Gelehrten.

Auf seiner Reise durch Spanien hielt Prof. Dr. *Hoffmann* auf Einladung des Dekans der medizinischen Fakultät in Madrid, Prof. *Recasens*, am 13. 4. einen Vortrag über die Frage: „Wie weit ist die Syphilis eine so gut wie sicher heilbare Krankheit geworden?", den er selbst in spanischer Sprache einleitete und dann in spanischer Übersetzung von Prof. *Covisa* vorlesen ließ. Diese Conferencia war sehr gut besucht und erregte großes Interesse. Am 17. 4. wurde Prof. *Hoffmann* und seiner Frau zu Ehren von den spanischen Dermatologen ein Bankett veranstaltet, bei welchem, ebenso wie gelegentlich des Vortrages, der deutschen Wissenschaft und ihrer Vertreter mit sehr ehrenden und anerkennenden Worten von den Herren Professoren *Recasens* und *Covisa* und Dr. *Sainz de Aja* gedacht wurde.

Prof. Dr. *E. Hoffmann* wurde von der Spanischen Dermatologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied, von der Königl. spanischen Akademie der Medizin und der American Dermatological Association zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Prof. *Karl Ernst v. Düring* (Frankfurt a. M.) feierte am 6. 5. seinen 70. Geburtstag. Er ist ein Schüler von *Unna* und war lange Jahre als Professor

Digitized by Google

für Hautkrankheiten und Syphilis an der Medizinschule in Konstantinopel und später als Professor und Direktor der Klinik für Hautkrankheiten in Kiel tätig. Seit einiger Zeit wohnt er in Frankfurt a. M., und ist mit einem Lehrauftrag für Heilpädagogik betraut.

Dr. *S. Bergel* feierte am 31. 3. seinen 60. Geburtstag.

Dr. *Samuel M. Kaufmann* wurde Leiter der dermatologischen Abteilung der German Polyclinic in *New York*.

Dr. *Florian Werr* ist zum Leiter der Beratungsstelle für Geschlechtskranke im Bezirk Berlin-Steglitz ernannt worden.

Dr. *Oscar Sprinz* in Berlin ist von der Società italiana di Dermatologia i Sifilografia zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Prof. *Sata* in *Osaka* ist es durch seine tatkräftige Deutschfreundlichkeit gelungen, mit der von der größten japanischen Zeitung (Osaka Mainichi) errichteten Stiftung von 20000 Mk., sowie mittels der Stiftung einer Bibliothek japanischer Bücher ein Japanologisches Institut an der Universität Köln zu begründen. Es ist dies ein Schwesterinstitut des bereits in Berlin bestehenden Japanologischen Instituts.

Vom 25.—28. 4. d. Js. fand im Institut für experimentelle Therapie und im chemotherapeutischen Forschungsinstitut Georg-Speyer-Haus in Frankfurt a. M. die dritte Tagung der *permanenten Standardisierungskommission der Hygieneabteilung des Völkerbundes* statt, die über Serumeinheiten, Standardisierung des Tuberkulins, des Salvarsans und der Testsera für die Blutgruppenuntersuchung usw. beriet.

Die diesjährige Versammlung *Deutscher Naturforscher* und *Ärzte* findet in *Hamburg* vom 16.—22. 9. statt (Einführender der Abteilung der Dermatologie: Prof. *Mulzer*, Stellvertreter Prof. *Ritter* und Prof. *Delbanco*, Schriftführer Prof. *Habermann* und Dr. *Karrenberg*).

Budapest. Nach einer fast 25jährigen Pause wurde die *Ungarische Dermatologische Gesellschaft* neu gegründet. Zum Vorsitzenden wurde gewählt *L. Nékám*, und zu stellvertretenden Vorsitzenden *F. Poor, J. Sellei* und *L. Török*.

Anläßlich des 25jährigen Bestehens der *Japanischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* fand in *Tokio* eine erhebende Feier statt unter Anwesenheit hervorragender japanischer Würdenträger und besonderer Einladung der deutschen Kolonie mit dem Botschafter *Solf* an der Spitze. Den Festvortrag hielt Prof. *Dohi*, der die Lebensarbeit *Albert Neißers* eingehend würdigte.

Eine Allgemeine *Ärztliche Zeitschrift für Psychotherapie und Psychische Hygiene* einschließlich der klinischen und sozialen Grenzgebiete (Organ der allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie) ist unter der Schriftleitung von Prof. *Rob. Sommer* (Gießen), im Verlage von S. Hirzel in Leipzig erschienen.

Digitized by Google

I.

Die Dermatologie in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Von

OSCAR GANS,

Heidelberg.

Die Darstellung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lage eines Berufes ist immer eine schwierige Aufgabe. Dies trifft schon für unsere engeren europäischen und insbesondere auch deutschen Verhältnisse zu. Der gesamte wirtschaftliche und soziale Status, von welchem wiederum die Lage jeder Berufsgruppe abhängig ist, ihre mehr oder weniger enge Verkettung mit anderen Wirtschaftszweigen, schaffen an sich schon jedesmal besondere Voraussetzungen. Es kann nun nicht meine Aufgabe sein, diesen soziologischen Grundlagen, wie sie für die Vereinigten Staaten von Amerika in Frage kommen, hier nachzugehen. Der ganze Fragekomplex ist ja dafür viel zu ausgedehnt. Eine äußerst skizzenhafte Übersicht habe ich früher zu geben versucht; auch sie ließ notgedrungen Vieles und Wichtiges unberücksichtigt, das zu erörtern auch an dieser Stelle unmöglich ist. Meine Darstellung bleibt jedoch nicht nur in dieser Hinsicht unvollkommen. Sie muß sich weitestgehende Abstriche an ihrer Allgemeingültigkeit gefallen lassen; schon allein mit Rücksicht auf die verhältnismäßig kurze Zeit, die mir für meine Beobachtungen zur Verfügung stand; vor allem aber durch die Tatsache, daß sie sich in vielen Punkten auf Eindrücken aufbaut, die in zwangloser Unterhaltung gewonnen wurden. Ihr Wert wird andererseits wieder dadurch gehoben, daß der Versuch gemacht wurde, auf Grund bestimmter Fragestellungen fester umrissene Antworten zu erhalten. Auch diese weichen in ihrer objektiven Beweiskraft naturgemäß erheblich voneinander ab, da längere Bekanntschaft den einen der Befragten unwillkürlich zu größerer Offenheit veranlaßte, während der andere auf Grund geringerer Vertrautheit mit dem Fragenden — und seinen Gedankengängen — ein objektiv weniger richtiges, wenn auch kaum subjektiv falsches Urteil abgab. Nur mit diesen Einschränkungen bitte ich daher meine Leser jenseits und diesseits des Atlantik die nachfolgenden Zeilen zu betrachten.

1. Geschichtlicher Werdegang. Dermatologische Gesellschaften.

Die Dermatologie zählt in den Vereinigten Staaten von Amerika mit zu den ältesten und angesehensten Sondergruppen der Medizin. Sie hat sich diese Stellung allerdings auch erst mühsam erkämpfen müssen, wenn dies drüben auch viel leichter gewesen zu sein scheint als in unserem, in Vorurteilen mannigfaltigster Art befangen gewesenen Deutschland. Wenn man den Niederschlag, den eine Forschungsrichtung in wissenschaftlichen Gesellschaften gefunden hat, als Maßstab für ihr Ansehen in einer Kulturgemeinschaft verwerten darf, so steht — an der Zahl der dermatologischen Ver-

Digitized by Google

einigungen gemessen — unser Sonderfach in den Vereinigten Staaten in hoher Blüte. Neben den beiden führenden Vereinigungen: der American Dermatological Association bzw. der Section on Dermatology and Syphilology of the American Medical Association, treffen wir auf mehr als ein Dutzend älterer und jüngerer dermatologischer Gesellschaften, die weniger die Erörterung wirtschaftlicher, als die Klärung dermatologisch wichtiger, theoretischer oder praktischer Fragen anstreben. In New York allein zählen wir ihrer vier, nämlich: Die Brooklyn, Manhattan, New York Derm. Soc. und die Section on Dermatology and Syphilology der New Yorker Academy of Medicine. Die großen Zentren des Ostens und Mittelwestens finden wir vertreten in den dermatologischen Gesellschaften von Baltimore and Washington, Chicago, Cincinnati, Cleveland, Detroit, Minnesota, New England, Philadelphia, Pittsburgh und St. Louis. Es ist auch hier wiederum festzustellen, wie das medizinisch-wissenschaftliche Amerika der U.S.A. sich in der Hauptsache auf den Osten und Mittelwesten beschränkt und westlich einer Linie Minneapolis—St. Louis, New Orleans sich die Wildnis bis an den Pazifik erstreckt. Dermatologisch tritt dies vielleicht mit am ausgeprägtesten hervor; auch hier erscheint naturgemäß der Wert des in den verschiedenen Zentren gebotenen — da weitgehendst von persönlichen und örtlichen Bedingungen abhängig — recht wechselnd. Der Inhalt der mehr örtlichen Zusammenkünfte entspricht jedoch im großen ganzen durchaus dem, was wir auf unseren Südwest-, Nordwestdeutschen- usw. dermatologischen Vereinigungen zu sehen gewohnt sind bzw. bei jenen Versammlungen am Sitz größerer dermatologischer Zentren wie Wien, Berlin, Breslau u. a. Im wesentlichen werden bemerkenswerte Krankheitsfälle vorgestellt. Die daran anschließende Besprechung wird von allen Beteiligten mit jenem Freimut geführt, der als hervorragender Zug amerikanischen Wesens uns so wertvoll erscheint. Die Versammlungen finden meist monatlich statt. Fahrten von zwölf und mehr Eisenbahnstunden werden als selbstverständlich hingenommen, um den Sitzungen beiwohnen zu können. (In New York ist durch gegenseitiges Übereinkommen der Gesellschaften die Möglichkeit gegeben, allwöchentlich einem solchen dermatologischen Abend beizuwohnen, da sie abwechselnd tagen. Genauere Angaben enthält die ausgezeichnet geleitete „The New York Medical Week", die jeder Arzt drüben einsehen sollte. Sie wird auf Verlangen wöchentlich ins Hotel bzw. die Wohnung gesandt.) Die Jahresversammlung erhält ihre besondere Note durch einen Vortrag des jeweiligen Vorsitzenden. Da dieser jährlich wechselt, kommen die verschiedensten Richtungen zu Wort, zumal ein rücksichtslos gebrauchtes Wahlrecht ein Beschränktbleiben auf eine enge Führergruppe zu verhindern versteht. Bei der anerkannten Gastfreundschaft des Amerikaners ist es selbstverständlich, daß fremde Gäste einer besonders freundlichen Aufnahme gewiß sein dürfen. Doch auch ihnen gegenüber verzichtet niemand auf sein Recht der freien Meinungsäußerung; aber gerade dadurch wird ja eine derartige Tagung erst recht fruchtbar. Daher zählen auch die Tage, wo ich — sei es nun in Minneapolis oder St. Paul, in Chicago oder St. Louis, in Cleveland oder New York — an derartigen Versammlungen teilnehmen durfte, zu den schönsten Erinnerungen meines Aufenthaltes und zu den lehrreichsten.

Während die Mitgliedschaft dieser mehr örtlichen Vereinigungen wohl ohne Schwierigkeiten jedem mit der nötigen Vorbildung versehenen dermatologischen Praktiker offensteht, ist dies in der Elitetruppe der amerikanischen Dermatologie, der American Dermatological Association, nicht ohne weiteres

Digitized by Google

der Fall. Schon die Beschränkung der Mitgliederzahl auf 75 — neuerdings sind Bestrebungen im Gange, sie auf 100 zu erhöhen — gibt den Angehörigen dieser Vereinigung nach außen hin ein besonderes Ansehen, das nicht immer nur allein auf wissenschaftlicher, sondern auch auf einer gewissen gesellschaftlichen Stellung beruht. Dies letztere mag uns eigenartig berühren, wenn es auch aus der ganzen Entwicklung der Vereinigung heraus verständlich erscheint. „A combination of altruism, pioneer spirit, thirst for knowledge and desire to improve the speciality has caused many of these men to donate time, effort and money to charity, teaching and research" *(Mac Kee)*. Es war wohl der berechtigte Stolz dieser Männer, welcher sie von den Neuaufzunehmenden neben anerkannter wissenschaftlicher Arbeit auch jene Art von Freundschaftsgeist fordern ließ, wie er sich uns in der für ein republikanisch demokratisches Land so überraschenden gesellschaftlichen Abgeschlossenheit der einzelnen Kreise kundtut. Das neue Mitglied muß sich bei der Aufnahme durch einen wissenschaftlichen Vortrag einführen. Im übrigen geht jedoch im Gegensatz zu manchen anderen wissenschaftlichen Vereinigungen dieser Aufnahme keinerlei besondere Feierlichkeit (Gebete, Musikvorträge) voran. Die Americ. Derm. Assoc. zählte und zählt naturgemäß die bedeutendsten Vertreter des Faches zu ihren Mitgliedern. Sie ist eine der ältesten medizinischen Vereinigungen ihres Landes überhaupt. Zu ihren Vätern darf man — wenn auch nicht unmittelbar — den Pionier unseres Faches in den Vereinigten Staaten von Nordamerika *Henry D. Bulkley* zählen, der nach längerem Studium am Hôpital St. Louis in Paris im Jahre 1836 mit *John Watson* in New York die erste dermatologische Poliklinik eröffnete. Er wurde 1869 zum ersten Präsidenten der New Yorker dermatologischen Gesellschaft — der ältesten Derm. Vereinigung der Welt *(Fox)* — gewählt, deren erste Mitglieder als die Kerntruppe der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft betrachtet werden dürfen. Im Juni 1876 wurde diese bei einer Versammlung der Americ. Medic. Assoc. in Philadelphia gewissermaßen aus der Taufe gehoben; und zwar von *E. Wigglesworth* — dessen dermatologische Bibliothek heute noch den Stolz der Bostoner Hautklinik bildet —, *S. A. Duhring* von Philadelphia, *S. P. Yandell* von Louisville, *J. E. Arkinson* von Baltimore, *L. D. Bulkley* und dem „Dean of Dermatology" *G. H. Fox* (dessen lesenswerte „Reminiscences" vor Jahresfrist in der „Medical Life Press of New York" erschienen). Infolge dieser Anregung konnte dann im Herbst die Gründung in Philadelphia vollzogen werden, wobei *James E. C. White* von Boston zum ersten Präsidenten gewählt wurde. Ihm fiel auch die Ehre zu, den internationalen Dermatologen-Kongreß in New York im Jahre 1907 zu leiten. Die Gesellschaft führt und führte unter ihren Mitgliedern eine Reihe von Männern auf, deren Namen internationales Ansehen genießen und durch die erste Beschreibung bestimmter Hauterkrankungen für immer mit der Dermatologie verknüpft sind. Von den älteren nenne ich noch außer den obenerwähnten: *James N. Hyde, Karl Heitzmann, Andrew R. Robinson, Henry A. Morris* — den Gründer der ersten amerikanischen Zeitschrift für Hautkrankheiten —, *Prince A. Morrow, Henry W. Stelwagon, Schenk, W. Joseph Zeissler, Frank H. Montgomery, Gilchrist, Fordyce, Wende.* Die Gesellschaft konnte 1926 ihr 50jähriges Bestehen feiern, bei welchem *George H. Fox* als Gründungs- und zugleich auch ältestes Mitglied die Festrede hielt, aus der die vorstehenden Daten entnommen sind. *Engman, Goldenberg, Grindon, Ormsby, Pollitzer, Pusey, Schamberg, Sutton, Stillians*, um einige Namen aus der älteren Generation zu nennen, ferner *Cole, Foerster,*

Digitized by Google

H. Fox, Highman, Lane, Mac Kee, Michelson, Mitchell, O'Leary, Rosen, Senear, Stokes, Wile, Wise und andere Männer von anerkanntem wissenschaftlichen Ruf zählen zu ihren Mitgliedern. Teils konservativ, teils progressiv in ihrem wissenschaftlichen Denken, halten sie die Gesellschaft auf der anerkannten Höhe. Jedes dritte Jahr sieht sie in Washington, wo alle medizinischen Fachgruppen zum sogenannten Clinical Congress zusammentreffen, um in gemeinsamen und in Sonderbesprechungen eine allgemein medizinisch wichtige Frage zu erörtern.

Für die Entwicklung der Dermatologie in den U.S.A. bedeuten die Kriegs- und Nachkriegsjahre — wie wohl in sämtlichen anderen Fragen der Abhängigkeit vom alten Europa — einen scharfen Einschnitt. Es ist nicht etwa so, als ob nun plötzlich eine amerikanische dermatologische Schule sich entwickelt hätte; es liegt auch durchaus keine scharfe und etwa dauernde Trennung von der europäischen Dermatologie vor. Aber es ist nicht zu bezweifeln, daß jene Jahre zu der Verselbständigung unseres Sonderfaches drüben erheblich beigetragen haben. Diese Gestaltung ist durchaus kein Verdienst eines einzelnen, sie liegt und lag wohl einfach in der Entwicklung der Dinge begründet. Trotzdem wird die von manchen Seiten häufig und gern betonte Unabhängigkeit der amerikanischen Dermatologie auch drüben durchaus nicht überall anerkannt. Ja einige, und das sind naturgemäß diejenigen, die ein kurzer oder längerer Aufenthalt vor oder nach dem Kriege nach Europa führte, betonen immer wieder die engen Zusammenhänge: Eine Stellungnahme, die für denjenigen als selbstverständlich und einzig möglich erscheinen muß, der in der Wissenschaft und ihren einzelnen Zweigen ein allgemeines Kulturgut aller Völker zu sehen gewohnt ist. Es muß jedoch gesagt werden, daß der Einfluß einiger weniger amerikanischer Forscher, ich nenne von den Lebenden neben *Engman, Ormsby, Pusey, Sutton* vor allem *Mac Kee, Schamberg* und *Stokes*, beginnt, der amerikanischen Dermatologie eine Individualität aufzuprägen, die in kürzerer Zeit zu jener Unabhängigkeit führen wird, ja vielleicht auch schon geführt hat, wie wir sie mit Rücksicht auf die Ursprünglichkeit der Forschung als besonders segensreich für jedes Land betrachten müssen.

Eine Entwicklung scharf ausgeprägter dermatologischer Schulen, wie wir sie im alten Europa kannten, darf man vielleicht ansatzweise in Ann Arbor unter Führung von *Udo J. Wile* sehen; auch die sogenannte Columbiagruppe wies in diese Richtung *(Fordyce, Mac Kee, Rosen, Wise, Highman)*. Von hier sind in den letzten Jahren eine ganze Reihe junger Praktiker hervorgegangen, die im Gegensatz zu der mittleren und auch wohl älteren Generation meist keine europäische Vorbildung genossen haben, ja vielfach von Lehrern unterrichtet wurden, die ebenfalls nie diesseits des Atlantik waren. Das gleiche gilt wohl für einen Teil jener Männer, die in *Pusey* und *Ormsby* ihre wissenschaftlichen Führer zu sehen gewohnt sind. Um so wichtiger erscheint es, durch einen Ausbau der gegenseitigen Beziehungen die Kenntnis europäischer bzw. amerikanischer Dermatologie, wie Medizin und Naturwissenschaften überhaupt, zu fördern. Wir sehen Ansätze zu dieser Entwicklung in den jährlichen Fortbildungskursen, wie sie in Wien, in Berlin, besonders aber in Paris und gerade hier mit außerordentlichem Eifer gepflegt werden. Diese Kurse wenden sich allerdings, wenigstens was die Dermatologie anbetrifft, in erster Linie an den ausgebildeten Arzt. Es ist unnötig, zu betonen, wie wertvoll derartige Beziehungen nicht nur für das gegenseitige Kennen und Verstehen der Völker sind; haben sie doch eine ungleich größere Bedeutung für die Verbreiterung eines Kulturkreises überhaupt. Man muß sich darüber klar sein, daß derartige

Digitized by Google

Verbindungen nachwirken, daß sie in der Heimat des Besuchers die Kenntnis von Wesen und Geist des Gastlandes in vielen Einzelheiten verbreiten. In Frankreich ist der Wert derartiger „Zellen" von den geistigen sowohl wie den politischen Führern längst anerkannt. Mit außerordentlicher Großzügigkeit werden staatliche Mittel für die Pflege dieser Beziehungen zur Verfügung gestellt. In unserem verarmten Vaterlande mußte es daran vorläufig noch fehlen. Hoffnungsvolle Anfänge dürfen wir in dem „Deutschen akademischen Austauschdienst" sehen, der in den letzten Jahren trotz der Beschränktheit der Mittel wertvolle Kleinarbeit geleistet hat. Mit besonderem Stolz können wir auch feststellen, daß die Heidelberger Ruperto-Carola mit der Veranstaltung von Auslandskursen für jüngere Studierende führend vorangegangen ist. Die Kurse wenden sich zwar in erster Linie an jene Kreise, die meist noch kein Fachstudium erwählt, sondern — im Rahmen ihrer amerikanischen College-Ausbildung — bei uns wertvolle Verbreiterung und Vertiefung mehr allgemeiner Kenntnisse suchen. Dringend erwünscht ist ein Ausbau dieser Kurse nach der naturwissenschaftlich-medizinischen Seite; denn nur auf dem Wege über die studentische Jugend wird es möglich sein, der deutschen Kultur in Übersee nicht nur die verloren gegangene Stellung zurück zu erwerben, sondern diese auch noch zu verbreitern. Die grundsätzlichen Voraussetzungen liegen gerade in den Vereinigten Staaten von Nordamerika besonders günstig. Überall trifft man wieder auf das Bestreben, durch Erlernen der deutschen Sprache den Zusammenhang mit der deutschen Wissenschaft aufzunehmen. Die enge Verwandtschaft der englischen Sprache mit der deutschen erleichtert diese Absicht. Die allgemeine Wertschätzung deutscher Lehr- und Handbücher beweist sie. Bemerkenswerterweise treten zum Beispiel in der Dermatologie die englischen Lehrbücher trotz der Sprachgleichheit an Bedeutung zurück. Neben französischen *(Darier)* sind es vor allem deutsche Werke, die gelesen werden, obwohl an guten amerikanischen *(Ormsby, Pusey, Sutton)* für die Dermatologie kein Mangel besteht. Und auch die Syphilologie hat in dem Werke von *Stokes* eine erstklassige Bearbeitung erfahren. Mit Freude muß es den deutschen Forscher daher erfüllen, wenn trotzdem immer und immer wieder deutsche Textbücher zu Rate gezogen werden und mit großem Interesse unseren Neuerscheinungen entgegengesehen wird.

Durchaus objektiv wird versichert, daß der Einfluß der und die Beziehungen zur Dermatologie in England in den letzten 20 Jahren sehr zurückgegangen seien. Überall wird die große Bedeutung der französischen Arbeit betont; vor allem in der Therapie hat die französische Dermatologie drüben großen Einfluß gewonnen. Wachsende Beachtung findet auch die italienische dermatologische Forschung. Für die wissenschaftliche dermatologische Forschung, insbesondere für die Förderung der pathologischen Histologie, der experimentell-dermatologischen Forschung, der Serologie wird das deutsche Sprachgebiet als führend anerkannt. Besondere Beachtung finden auch die deutschen Ergebnisse der Syphilisforschung und Therapie. Mit Bedauern muß allerdings der deutsche Besucher dabei sich erinnern, daß gerade in der Therapie der Syphilis die Ergebnisse deutschen Forschergeistes und deutscher Arbeitsamkeit bedenkenlos verwertet wurden, um die amerikanische chemische Industrie auch in dieser Hinsicht auf eine unabhängige Grundlage zu stellen.

2. Dermatologische Forschungsinstitute und Kliniken.

Ein Tropfen Wermut fließt daher auch dort mit ein, wo das Streben nach objektiver Beurteilung vollste Anerkennung für das Erreichte bedingt. Ich

Digitized by Google

meine hier das einzigartige Forschungsinstitut, wie es *Schamberg* in großzügigster und uneigennützigster Weise errichtet hat.

Das *Research Institute of cutaneous Medicine* in Philadelphia wurde 1922 mit einer Summe von 750,000 Dollar gegründet und steht heute auf eigenem Grund und Boden völlig unabhängig da. Es enthält Abteilungen für Bakteriologie, Serologie, Chemie und Biochemie. In idealer Zusammenarbeit suchen etwa ein Dutzend wissenschaftlicher Mitarbeiter unter Leitung von *Schamberg* die gesamte naturwissenschaftlich-medizinische Forschung für die Dermato-Venerologie fruchtbar zu machen. Neben diesem, wohl einzigartigen, rein dermatologisch-venerologischen Fragen gewidmeten, nur aus privaten Mitteln unterhaltenen Forschungsinstitut führen die übrigen ein bescheideneres Dasein. Nicht etwa in Hinsicht auf die wissenschaftlichen Leistungen, sondern infolge der geringen Mittel, die ihnen zur Verfügung stehen. Um so größere Anerkennung verdienen die Männer, die in selbstloser Hingabe einen großen Teil ihrer Arbeitskraft diesen Instituten zur Verfügung stellen. In Philadelphia leitet *Weidman* das kleine, vor allem histologisch-bakterologischer Forschung gewidmete, zur Universität von Pennsylvanien gehörige, aus Mitteln der Duhring-Stiftung gegründete Institut. In Chicago hat *Ormsby* im Presbyterian-Hospital ein neues Forschungsinstitut eingerichtet. Das Barnard Free Skin and Cancer Hospital in St. Louis verdankt *Engmans* rein privater Initiative seine Entstehung und sein Dasein. Die wissenschaftliche Arbeit unter der Leitung von *Montrose T. Burrows* (u. a. Bedeutung der Vitamine für die Karzinomfrage) wird international anerkannt. In Ann Arbor hat *Udo I. Wile*, im Columbia-Hospital in Milwaukee *Foerster* dermatologischer Forschung eine Heimstätte bereitet. An vielen anderen Stellen wird wertvolle Kleinarbeit geleistet; sie alle genießen verdientes Ansehen und pflegen die verschiedensten Richtungen dermato-venerologischer Fragestellungen. Dabei finden wir durchaus nicht immer so ideale Verhältnisse wie an der Mayo-Clinic, die als mustergültige Lösung bezeichnet werden darf für die dreifache Aufgabe: Behandlung der Kranken, Forschung und Unterricht. Klinische und Laboratoriumsarbeit sind an den meisten Stellen glücklich vereint und entsprechen daher dem Ideal medizinischer Forschung überhaupt; denn viele Probleme der Medizin entwickeln sich in einer Klinik, und mancherlei Laboratoriumsergebnisse finden dort ihre praktische Auswertung. Das Geheimnis amerikanischen Erfolges, die „Cooporation", hat auch unter Führung von *Fordyce* ihre schönsten Früchte gezeitigt, und die Unabhängigkeit, wie sie *Schamberg* beim Aufbau seines Forschungsinstitutes betont und aufrecht erhalten hat, ist ein Ehrenmal für den amerikanischen Praktiker.

Man muß sich von den Gedanken frei machen, als ob die Amerikaner nur Massenbetrieb, aber keine wissenschaftlich exakte Fragestellung verständen. Es gibt hier wie bei uns sonderbare Käuze, aber man trifft auch manchen erstklassigen Wissenschaftler, oft mit dem gleichen Idealismus beseelt wie wir Europäer und Deutsche. Und wie könnte es auch anders sein; haben wir doch in den Vereinigten Staaten einen Niederschlag der verschiedensten Gruppen europäischen Volkstums vor uns.

Besonderes Interesse erweckte zur Zeit meines Aufenthaltes die wissenschaftliche Auswertung der Malaria- und Proteinkörpertherapie für die Behandlung der Syphilis, die Bearbeitung physikalischer und chemischer Fragen in Zusammenhang mit dem Pilzproblem. Die Sicherstellung des Forschers (full

Digitized by Google

time man), die Organisation der Forschung, die Ausbildung der Studenten, Lehr- und Lernprobleme in ihrer Bedeutung für die dermatologische Erziehung, haben in wertvollen Referaten von *Wile, Cole* und *Stokes* ihren Niederschlag gefunden.

Die Vertiefung unserer Kenntnisse von der pathologischen Physiologie der Haut, das Bestreben, die Dermatosen ursächlich zu behandeln und nicht nach ihren Erscheinungsformen auf der Haut, der Ausbau der biologisch-funktionellen Methodik in chemischer und physikalischer Richtung, die Verbreiterung der allgemeinen medizinischen Basis für die Dermatologie, endlich die vergleichende Tierpathologie wurden als Ziele amerikanischer dermatologischer Forschung bezeichnet. Ein schönes Zeichen für den Geist reinen Menschentums bei unseren amerikanischen Kollegen sei erwähnt: Die Forschung soll dahin streben, dem kranken Menschen zu helfen; der Unterricht soll den Studenten davor bewahren, den Patienten als „Krankenmaterial" zu betrachten, den Geist wahrer ärztlicher Hilfsbereitschaft soll er in seinen Jüngern wachrufen! Ziele, wie sie ja in gleicher idealer Begeisterung für den ärztlichen Beruf auch in Deutschland (*Aschoff, Krehl* u. a.) immer wieder betont werden.

Zwischen Forschungsinstituten und *klinischen Krankenabteilungen* ist meist ein enger Zusammenhang gesichert, da die Leitung in einer Hand vereinigt ruht. Gerade auf diese Weise tritt naturgemäß auch in der Forschung die Bearbeitung klinischer Fragestellungen in den Vordergrund, eine Feststellung, welche bei dem überall auf praktische Auswertung hinzielenden Geist des Amerikaners weiter nicht überraschen kann. Auch dort, wo eine rein klinische Tätigkeit unabhängig von besonderen, der Forschung gewidmeten Stätten betrieben werden muß — und das ist doch mit wenigen Ausnahmen fast überall der Fall — stehen die notwendigsten Laboratorien, zum mindesten für serologische, bakteriologische und histologische Untersuchungsmethoden zur Verfügung. Allerdings ist vielfach die Laboratoriumsarbeit zentralisiert, derart, daß sämtlichen klinischen Abteilungen eine gemeinsame Untersuchungsstelle zur Verfügung steht (Ausnahmen wie Bellevue-Hospital, New York, Dermatol. Abt. der Universität Pennsylvanien, Mayo-Clinik, Universität Minnesota, Cleveland u. a. bestätigen die Regel). Diese Sachlage kann sicherlich nicht als eine ideale bezeichnet werden; sie hat sich aber wohl aus der historischen Entwicklung ergeben, die — mit wenigen Ausnahmen — die Dermatologie in den Rahmen der allgemeinen Medizinschule zwang. (Ausnahmen: Selbständige Hospitäler nur für Hautkranke: New York Skin und Cancer Hospital, Barnard Free Skin and Cancer Hospital in St. Louis.) Je nachdem nun ein geringeres oder größeres Verständnis für die Notwendigkeiten dermatologischer Forschung und dermatologischen Unterrichts dort vorhanden ist, stehen naturgemäß hierfür auch in den klinischen Instituten nicht überall die gleichen — manchmal kaum die notwendigsten — Mittel zur Verfügung. Im allgemeinen betrachtet, waren ja überhaupt die amerikanischen Krankenhausverhältnisse für den medizinischen Unterricht bis vor kurzer Zeit recht unbefriedigend *(Flexner)*. Es bestand zwischen Universität und Krankenanstalt tatsächlich nur ein sehr lockerer Zusammenhang und das ist auch bis heute, trotz erfreulicher Ansätze zur Besserung, mit wenigen Ausnahmen noch so geblieben. Daher ist die Krankenmaterialfrage noch immer eine ziemlich schwierige, da es vielfach dem Ermessen des Krankenhausvorstandes überlassen bleiben muß, ob er seine Kranken zum Unterricht hergibt. Es haben sich daraus zum Teil ganz unhalt-

Digitized by Google

bare Verhältnisse entwickelt, die dahin führten, daß man nun mehr und mehr bestrebt ist, an den größeren Universitäten eigene Krankenhäuser einzurichten, wie es in Californien, in Ann-Arbor, Washington University St. Louis, in Minneapolis u. a. bereits der Fall ist. Diese Schwierigkeiten sind durchaus offen besprochen worden und überall ist man bestrebt, sie abzustellen. Aber im ganzen muß man *Flexner* darin zustimmen, daß die Art von Vollständigkeit und Homogenität vom Standpunkt der genügenden Bettenzahl, der Ausrüstung für Lehre und Forschung, der Kontrolle, der Ausbildung und Stetigkeit der Anlage, die für die medizinischen Fakultäten der nordeuropäischen Universitäten charakteristisch ist, heute noch in keiner einzigen Universität der Vereinigten Staaten zu finden ist.

Bezeichnenderweise haben die charitativ unterhaltenen Institute — ebenso wie die Stadtuniversitäten — viel mehr Geld wie die Staatsuniversitäten. Die letzteren sehen häufig vernachlässigt aus und man hat hier gar nicht den Eindruck, daß Amerika im Gelde schwimmt. Daher darf und muß man anerkennend betonen, daß manche Abteilungen eine erfolgreiche Tätigkeit entfaltet haben, trotz der entmutigenden Umstände, wie sie vor allem ein chronischer Geldmangel mit sich bringt. Im Grunde sind nur wenige Medizinschulen, seien sie nun unter staatlicher oder privater Leitung, in der Lage oder gewillt, die für den Betrieb einer modernen dermatologischen Abteilung notwendigsten Mittel zu bewilligen; ja, in manchen Fällen sind diese Abteilungen ganz auf ihre eigene Kraft angewiesen, sei es, daß private Spender immer und immer wieder herangezogen werden oder aber die Klinik in der glücklichen Lage ist, sich aus der Bezahlung für ihre Leistungen selbst zu erhalten. Es erscheint ganz selbstverständlich, daß unter diesen Bedingungen an die Opferwilligkeit der Ärzte und insbesondere der leitenden Ärzte weitgehende Anforderungen gestellt werden. Tatsächlich beziehen nur ganz vereinzelte Männer ein Gehalt aus ihrer Tätigkeit (s. u.). Für die Mehrzahl mag neben der, in jeder freiwilligen Tätigkeit für den Allgemeindienst liegenden Befriedigung die Tatsache anregend wirken, daß eben diese Tätigkeit im Rahmen eines anerkannten klinischen Instituts auch für die eigene private Praxis eine gewisse Empfehlung bedeutet.

In den meisten Fällen sehen wir mit der Klinik eine Poliklinik, die Dispensary, verbunden; aber an einzelnen dermatologisch sogar hervorragend versorgten Hospitälern (Columbia, Cornell, Bellevue u. a.) ist anderseits jedoch nur diese poliklinische Behandlung möglich. Gewöhnlich ist die dermatologische mit den anderen Kliniken in einem Gebäude untergebracht; nur sehr selten verfügt sie über eigene Gebäude. Für Privatkranke stehen meist keine eigentlichen Privatabteilungen zur Verfügung. Soweit nicht einzelne Privatkliniken herangezogen werden, erfolgt ihre Behandlung auf der privaten Abteilung des allgemeinen Krankenhauses, die von den verschiedensten Sonderfächern bedarfsweise belegt wird. In den großen New Yorker Hospitälern z. B. ist die Behandlung von Privatkranken direkt verboten, obwohl an einigen Plätzen für den Internisten und Chirurgen dieses Verbot durchbrochen zu werden scheint. Freibetten für die Behandlung bedürftiger Kranker stehen in den großen Städten hingegen reichlich zur Verfügung, werden doch z. B. im Cook-County-Hospital in Chicago gut ein Drittel aller Kranken umsonst verpflegt. Eine große Schwierigkeit besteht ferner darin, daß vielfach die Behandlung der Hautkrankheiten von der der Syphilis getrennt ist, daß außerdem die physikalische Therapie, soweit sie für unser Fach in Frage kommt,

Digitized by Google

nicht in dermatologischen Händen liegt. Gerade gegenüber den, auch bei uns immer und immer wieder auftauchenden zentralisierenden Bestrebungen im Röntgenbetriebe, sei die ablehnende Haltung aber auch aller amerikanischen Dermatologen besonders erwähnt, wenn sie dort auch, genau so wie hier, gegenüber vorhandenen und entstehenden Einrichtungen sich nicht immer durchzusetzen vermag.

3. *Dermatologische Lehrstühle. Unterricht. Austausch.*

Die Ausbildung des medizinischen Unterrichts in den Vereinigten Staaten hat im letzten Dezennium einen außerordentlichen Aufschwung genommen. Die Amerikaner verdanken diese Neuschöpfung — denn es war mehr wie eine bloße Neuorganisation — dem unerschütterlich auf seine Ziele hinarbeitenden Streben *Abraham Flexners*, ohne dessen Arbeit heute wirklich noch jener Typus des ärztlichen und wissenschaftlichen Geschaftlhubers vorherrschend sein würde, den uns *Sinclair Lewis* in seinem „Dr. Arrowsmith" so treffend geschildert hat. Uns Deutsche mag dabei die Tatsache mit besonderem Stolze erfüllen, daß *Flexner* unter der Literatur über die ärztliche Ausbildung — die seinen Reformplan weitgehendst beeinflußt hat — in seinem neuerdings auch in deutscher Übersetzung (Springer, 1927) erschienenen Werk über „Die Ausbildung des Mediziners" die deutsche als „bei weitem die reichlichste, sachdienlichste und gedankenvollste" bezeichnet hat. Das Verdienst *Flexners* mag die Feststellung beleuchten, daß er jene berüchtigten 400 oder mehr Medizinschulen, die sich durch örtlichen Zusammenschluß lose zusammenhängender Gruppen praktischer Ärzte in dem bekannten Schnellzugstempo amerikanischer Entwicklung gebildet hatten, zwangsläufig von 1910 ab dahin führte, entweder sich aufzulösen, oder aber ihre Einrichtungen und Anforderungen derart zu steigern, daß sie gewissen Mindestansprüchen genügen konnten. Heute finden sich noch etwa 80 Fakultäten, sicherlich auch für die U.S.A. noch reichlich viele. Der Erfolg dieses Wirkens ist naturgemäß erst in seinen ersten Anfängen sichtbar. Jene Studenten, die unter dieser neuen Ära ihre Ausbildung erhielten, sind heute zum großen Teil noch nicht zu Führern in Institut und Klinik herangereift. Die Leitung liegt vielfach noch in den Händen jener Forscher, die aus der Praxis hervorgegangen, durch einen kürzeren oder längeren Aufenthalt in Europa sich die Sporen zu ihrer Laufbahn verdienten bzw. unmittelbar aus Europa berufen wurden. Auf die wenigen bekannten Ausnahmen, die seit Jahren schon berühmten medizinischen Lehr- und Forschungsinstitute, wie Harvard, John Hopkins, Rockefeller, Mayo Foundatation u. a. brauche ich ja nicht besonders hinzuweisen. Ihre Leistungen sind hinlänglich bekannt.

Die meisten medizinischen Fakultäten Amerikas sind jetzt den Universitäten angegliedert, womit durchaus nicht gesagt sein soll, daß sie nun alle erstklassig eingerichtet wären. Im Gegenteil; wenn man von einigen wenigen absieht, die durch entsprechend große Stiftungen sicher und gut fundiert sind, leidet die große Mehrzahl von ihnen genau wie manche Krankenhäuser an Geldmangel und damit an Personal und Arbeitsmöglichkeiten. Die wenigen an der Spitze stehenden, mit vorzüglichen Laboratorien und Krankenabteilungen, können den Wettbewerb, sowohl was wissenschaftliche Leistungen wie Krankenbehandlung anbetrifft, mit jeder europäischen Einrichtung aufnehmen.

Die *medizinische Ausbildung* weicht von der unsrigen insoweit ab, als 4 Jahre Studium vorgesehen sind, wobei allerdings die naturwissenschaftlichen Fächer als schon vorher im College abgetan gelten. Eine strenge Scheidung

Digitized by Google

teilt den Unterrichtsplan in theoretische und medizinisch-klinische Fächer für die ersten bzw. letzten beiden Jahre, wobei im Unterschied zu unseren Lehrplänen Pharmakologie, Pathologie und Bakteriologie bereits in die erste Hälfte des Studiums fallen. Die Ablegung der jährlichen Examina führt dahin, daß die Leistung des einzelnen Studenten eingehend und dauernd geprüft wird. Es werden dadurch weniger Leistungsfähige ausgeschieden; meist gehen diese allerdings — leider — der Medizin nicht verloren, da sie in weniger anspruchsvollen Instituten immer noch zu weiterem Studium angenommen werden. Im großen ganzen ergibt sich hieraus eine stärkere Anlehnung an den Schulbetrieb wie bei uns, die sich besonders augenfällig in der für das Gesamtstudium der Medizin vorgeschriebenen Stundenzahl äußert, die zwischen 3500—5000 Stunden schwankt; die höchste Zahl erreicht das College of Medical Evangelists in Californien mit durchschnittlich 1200 Stunden jährlich. Der wertvollste Grundsatz unseres Studienganges: Die Lernfreiheit, muß dabei naturgemäß vollkommen zurücktreten. Dies ist jedoch nicht überall der Fall. Einzelne Universitäten gewähren auch eine etwas größere Freiheit (z. B. Harvard).

Die *Stellung des Lehrers* an den amerikanischen Hochschulen ist eine von der unseren erheblich abweichende, besonders für die klinischen Fächer. An den meisten Medizinschulen ist der Lehrer gleichzeitig gezwungen, neben seiner Unterrichtstätigkeit eine ausgedehnte Praxis zu betreiben, da die Einstellung klinischer Vollprofessoren (full time men) im Vergleich zu unseren Verhältnissen noch sehr selten ist. Im ganzen haben bis 1924 nach *Flexner* nur etwa 30 klinische Vollprofessorenstellen bestanden, eine Zahl, in die Kanada einbegriffen ist. Es ist mit dieser Einstellung als Vollprofessor die Verpflichtung verbunden, die volle Zeit dem Krankenhaus und der medizinischen Fakultät zum Zwecke der Krankenversorgung, des Unterrichts und der Forschung zu widmen. Dabei hat der full time man durchaus das Recht, innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses Patienten zu besuchen und zu behandeln, d. h. im Grunde genommen liegen die Verhältnisse für sie ähnlich wie bei uns. Da der gesamte Dienst naturgemäß durch diese Festangestellten allein nicht ausgeführt werden kann, finden sich auch neben ihnen noch teilweise beschäftigte Männer, die nebenbei unterrichten und hauptberuflich eine Praxis in der Stadt ausüben. Es hat diese Art der Regelung den Vorteil für sich, daß der Student von vornherein mit Lehrern in Berührung kommt, die die ärztliche Tätigkeit so kennen, wie sie die tägliche Praxis mit sich bringt. Dies hat sicher vieles für sich. Während der deutsche Student mit dem Staatsexamen eine häufig ausgezeichnete, zum mindesten aber ausgedehnte wissenschaftliche Grundlage hat, ihm aber sonst das rein technische wie auch rein persönliche Rüstzeug des Arztes noch vielfach mangelt, kann der U.S.A.-Student vieles davon in den Kursen aufnehmen.

Der Unterricht des Mediziners erfolgt meist in kleinen Vorlesungen. Eine unverhältnismäßig große Zahl von Lehrern steht für die häufig willkürlich beschränkte Zahl der Studierenden zur Verfügung. Dies ermöglicht gerade für den Mediziner eine Ausbildung, die ihm nicht nur ärztliche, sondern auch Persönlichkeitswerte zu übermitteln gestattet. Weder das äußerliche Allgemeinbildungsziel des Engländers, die Erziehung zum „Gentleman", noch das deutsche spezialisierte Fachstudium wird als ideal anerkannt, wenn auch zuzugeben ist, daß hier in einzelnen Gegenden erhebliche Unterschiede bestehen, wie das aus den Beziehungen zu den verschiedenen Mutterländern ja

Digitized by Google

ohne weiteres verständlich erscheint. An die 4 Unterrichtsjahre schließt sich 1 Jahr Tätigkeit als „Intern" an irgend einem Krankenhause an, die unter Aufsicht von älteren Assistenzärzten und den leitenden Ärzten durchgeführt wird. Hier haben sich in den letzten Jahren die „post-graduate schools" (wie z. B. die Mayo-Foundation) eine anerkannt führende Stellung erworben. Bei der weitgehenden Entlastung durch technische Assistentinnen und Schreibhilfen, wird in diesen post-graduate schools dem angehenden Arzt volle Zeit und Gelegenheit geboten, sich ganz der ärztlichen Seite seiner Tätigkeit zu widmen.

Der Grundsatz maximaler Arbeitsleistung bei möglichst geringer Belastung, dazu weitgehende Arbeitsteilung, ist auch hier besonders klar durchgeführt. Nicht nur Urin-, Stoffwechsel-, Blut-, bakteriologische und serologische Untersuchungen, sondern auch die Blutentnahmen selbst und die intramuskulären sowie intravenösen Injektionen, auch die zahlreich angewandten Hauttests für Überempfindlichkeitsreaktionen usw. werden nach Möglichkeit vom Hilfspersonal ausgeführt. Überall der Grundsatz, die wertvollere Arbeitskraft von schematischer Arbeit möglichst zu entlasten, um sie so für die eigentliche ärztliche Aufgabe freizuhalten. Diese kurze Übersicht über die allgemeinen Unterrichts- und Studienbedingungen schien für das Verständnis des Folgenden notwendig.

Wie für jeden anderen, bedeuten auch für den dermatologischen Unterricht viele der vorhergehend angeführten Umstände eine gewisse, manchmal sogar eine außerordentliche Erschwerung. Es mag überraschen, daß selbst heute noch einige der zur Gruppe A zu zählenden Medizinschulen der Dermatologie gleichgültig gegenüber stehen. Vollprofessuren für Dermatologie bestehen tatsächlich nur in Ann-Arbor *(Udo J. Wile)*, in Philadelphia *(Stokes)* und Chicago *(Senear)*, deren Gehalt zwischen 4000—8000 Dollar im Jahr schwanken dürfte. Auch dort handelt es sich also nur um sogenannte half time men, die gezwungen sind, ihren Unterhalt im wesentlichen aus Privatpraxis zu bestreiten. Auch Vollassistenten sind unbekannt. Soweit nicht jüngere Ärzte zu ihrer Ausbildung eine freiwillige Tätigkeit übernehmen, handelt es sich bei ihnen um Praktiker, die ihre freie Zeit dem klinischen Betrieb und Unterricht widmen. Selbst in den auf Grund der Einteilung der American Medical Association in die Klasse A einzuordnenden Medizinschulen sind also die Möglichkeiten des dermatologischen Unterrichts sehr verschieden und durchaus nicht immer erstklassig zu nennen. Wie aus der wertvollen Zusammenstellung von *C. G. Lane* hervorgeht, erfolgt der Unterricht in der Dermatologie meistens (in 28 Schulen) sowohl im 3. wie im 4. Jahre, in einer nur im 4., in vier nur im 3. Jahre. Für die vergleichende Bewertung des Unterrichts ist zu berücksichtigen, daß die Zahl der Gesamtstudierenden an den einzelnen Schulen erhebliche Unterschiede aufweist von etwa 100—600 Hörern, daß — ein für den klinischen Unterricht wichtiger Umstand — in Städten von 10000 bis zu 5 Millionen Einwohnern liegen, Zustände, die naturgemäß — ganz abgesehen von den zur Verfügung stehenden Mitteln — erhebliche Unterschiede in den allgemein medizinischen sowohl wie auch dermatologischen Unterrichtsmöglichkeiten bedingen. Überraschenderweise zeigt sich, daß in 18 dieser Schulen getrennte Abteilungen, auch verwaltungstechnisch, für Dermatologie und Syphilis bestehen. An 15 Schulen besteht nur eine dermatologische Abteilung; von diesen lehren 6 gleichzeitig die Kenntnis der Syphilis. An 15 Schulen wird Dermatologie im Rahmen der Abteilung für innere Medizin gelehrt, sei es, daß es sich

Digitized by Google

lediglich um eine nominelle Beziehung handelt, sei es, daß der dermatologische Unterricht tatsächlich von Mitgliedern der medizinischen Abteilung erteilt wird. Nur in 3 Schulen erfolgt der dermatologische Unterricht im Rahmen der chirurgischen Abteilung. Der Unterricht in der Syphilislehre wird in 38 Schulen gleichzeitig mit der Dermatologie betrieben, in 18 in einer besonderen Abteilung, in 10 in der medizinischen, in 3 in der chirurgischen Klinik, in 2 Schulen im Zusammenhang mit der Urologie, die ja, im Gegensatz zu unsern Verhältnissen, auch die Gonorrhoebehandlung umfaßt.

Die Zahl der dermatologischen Lehrkräfte wechselt naturgemäß ebenfalls erheblich; an 19 Schulen sehen wir als Lehrer einen Professor oder einen associate professor der Dermatologie. An 5 Schulen finden sich Lehrstühle sowohl für die Dermatologie wie für die Syphilislehre. An einer Schule eine besondere Professur nur für Syphilis. Die Gesamtzahl der Lehrer wechselt von 4 Schulen mit je einem Lehrer, über 14 Schulen mit 2 Lehrern, 7 mit 3, 6 mit 4, 7 mit 5, 5 mit 6, 3 mit 7, 4 mit 8, 2 mit 9, 2 mit 10, 1 mit 11, 1 mit 15 Lehrern. (Zusammengestellt von *Lane* auf Grund der Vorlesungsverzeichnisse des Jahres 1925/1926.) Kurz erwähnt wurden bereits die sogenannten post-graduate schools, wie wir sie in Philadelphia *(Schamberg)*, in Rochester (an der Mayo-Clinic, *P. A. O'Leary*), The New York Post-Graduate Medical School and Hospital *(Mac Kee)* sehen. Ihre Aufgabe entspricht in etwa jener unserer, leider zu Universitäten zurückgebildeten medizinischen Akademien; denn ihre vornehmste Aufgabe sehen sie darin, nach abgeschlossenem allgemein-medizinischen Studium ihren Schülern eine besonders gründliche klinische bzw. Spezialausbildung zu gewähren. Auch der Weg des Hochschullehrers soll jetzt durch diese post-graduate schools führen. Besonders bemerkenswert erscheint es, daß an diesen Instituten — wie z. B. an der Mayo-Clinic — nicht nur die ärztlich-wissenschaftlichen, sondern auch die menschlichen Qualitäten der „Schüler" (Führerbegabung, Kameradschaftsgeist, Eigenbrödelei usw.) gutachtlich festgelegt werden.

Der Unterricht an den einzelnen Schulen wird naturgemäß außerordentlich verschieden gehandhabt. Auf Grund der oben erwähnten Zusammenstellung erfolgt an 34 Schulen klinischer, an 33 lediglich theoretischer Unterricht; soweit man für den letzteren sich die Stellungnahme von *Lane* zu eigen machen darf, ohne Krankenvorstellung. An den meisten Schulen dürfte der dermatologische Unterricht in kleinen Gruppen in der Dispensary erfolgen.

Die Zahl der dem Unterricht in Dermatologie und Syphilis gewidmeten Stunden ist ebenfalls eine sehr verschiedene. Wenn man auch mit *Flexner* und *Lane* darin übereinstimmen darf, daß es weniger auf die Zahl ankommt als den Geist, der in den Stunden herrscht, so muß doch betont werden, daß gerade für unseren, in der Hauptsache doch auf visuelle Eindrücke aufgebauten Unterricht, diese Frage eine gewisse Bedeutung erhält. An 7 Schulen standen mehr wie 100 Stunden, an 12 Schulen 80—100, an 13 Schulen 60—80, an weiteren 13 40—60, an 8 Schulen nur 20—40 Stunden zur Verfügung; schließlich erwähnt *Lane* noch eine Schule, wo Dermatologie überhaupt nicht verlangt und nur 16 Stunden über Syphilis gelehrt wird. Im Durchschnitt dürfte etwa mit insgesamt 65 Stunden zu rechnen sein, eine Zahl, die die unserer dermatologisch-venerologischen Pflichtkollegs (Praktikantenschein!) allerdings immer noch erheblich übertrifft. Auf Grund der Verhältnisse an 33 Schulen berechnet *Lane* für die Dermatologie einen Anteil von 0,9—2,8% der gesamten Unterrichtszeit.

Digitized by Google

Dieser Unterricht erfolgt im allgemeinen sowohl theoretisch wie praktisch und in den meisten Fällen in kleinen Gruppen. Er ist in erster Linie jedoch aufs Praktische eingestellt, dabei oft sehr gründlich, um nicht zu sagen einpaukend. Im allgemeinen ist man bemüht, den Hörern die Dermatologie auf morphologischer Grundlage beizubringen. Versuche, die Dermatosen möglichst nach Ätiologie und Pathogenese zu benennen, lehnt man vorläufig noch ab. *Propädeutischer Unterricht* erfolgt nur an einigen besseren Schulen; hier findet sich dann vielfach auch noch die Einrichtung, nach Art eines Seminars die einzelnen Fälle mit den älteren Studenten zu diskutieren. Eine besondere Note erhält der Unterricht in der Dermatologie noch durch die Tatsache, daß auf Grund privater Übereinkunft an einzelnen Schulen eine Art von *Dozenten-Austausch* versucht und erfolgreich zur allgemeinen Befriedigung durchgeführt werden konnte. So wechselten hier und da *Ormsby* in Chicago und *Wile* in Ann-Arbor, wie auch andererseits *Ormsby* und *Mc Ewen* in einem gewissen Turnus in ihrem Unterricht abwechselten. Im beiderseitigen Interesse wäre auch die Einrichtung derartiger Austauschprofessuren zwischen europäischen und amerikanischen Kliniken freudig zu begrüßen. Für Lehrstuhlinhaber selbst wird es sich dabei naturgemäß um ein stets nur mit großen Opfern zu erreichendes Ziel handeln, da die Einnahmen aus privater Praxis sowohl bei uns als wie besonders auch drüben eine erhebliche, wenn auch bei uns ja durchaus nicht die einzige Möglichkeit zur Sicherung des Lebensunterhaltes darstellen. Leichter wäre eine derartige Absicht schon für die Dozenten, aber auch für jüngere Assistenten durchzuführen. Hier fand ich an verschiedenen Stellen eine erfreuliche Bereitwilligkeit, für 6 Monate bis zu 1 oder gar 3 Jahren jüngere Dermatologen aufzunehmen, die sich allerdings neben freier Station mit einem bescheidenen Monatsgehalt begnügen müßten. Aber es wurde wiederholt als außerordentlich wünschenswert bezeichnet, auch die führenden europäischen Dermatologen zu einer Reihe von Vorträgen an den verschiedenen Universitäten drüben zu sehen. Für 6—8 Wochen hofft man auf diese Weise dem Einzelnen eine Lehrtätigkeit zu ermöglichen, die ihn mit den verschiedensten medizinischen Zentren in Berührung bringt und ihm so Gelegenheit gibt, neben der Wissenschaft und ihren Vertretern mit ihrer so überaus großzügigen Gastfreundschaft, die besonderen wirtschaftlichen und landschaftlichen Eigentümlichkeiten des großen amerikanischen Landes kennen zu lernen. Eine ausreichende Beherrschung der englischen Sprache erscheint allerdings ebenso notwendig wie eine völlige Zurückhaltung von allem, was irgendwie als Privatpraxis gedeutet werden könnte.

Für den amerikanischen Arzt bestehen bei einem solchen Austausch ungleich größere Schwierigkeiten, da er einmal kaum in der Lage sein dürfte, den Notwendigkeiten gerecht zu werden, wie sie die enge Beziehung zwischen klinischem Assistenten und Kranken bei uns mit sich bringt und zum anderen seinem unabhängigen Charakter auch das Einleben in unseren, meist etwas straffer gehandhabten, klinischen und wissenschaftlichen Betrieb nicht eben leicht sein dürfte. In den meisten Fällen wird es sich daher für die Amerikaner bei uns wohl mehr um eine rein wissenschaftliche Tätigkeit handeln müssen, wie sie ja vereinzelt schon erfolgreich durchgeführt wurde.

Die Krisis, welche zur Zeit die Frage der *medizinischen Ausbildung* durchmacht, hat naturgemäß auch die Dermato-Venerologie ergriffen. Das gleiche Problem: Bewältigung des stetig anwachsenden Wissensstoffes unter möglichst geringer Verlängerung der Ausbildungszeit, beschäftigt die amerika-

Digitized by Google

nische ärztliche Welt genau so wie die unsrige. Der auf das rein Praktische und vor allem das Wesentliche gerichtete Blick des Amerikaners strebt dabei zu einer vielleicht doch zu radikalen Lösung. In den drei bedeutendsten Medizinschulen (Harvard, John Hopkins, Columbia N.Y.) geht die Tendenz dahin, jegliche fachärztliche Ausbildung aus dem eigentlichen medizinischen Studium auszuschalten und auf die Zeit nach der Abschlußprüfung zu verweisen. Es handelt sich dabei nicht etwa um eine Zurücksetzung der Sonderfächer; diese sollen lediglich aus dem allgemeinen Lehrplan herausgenommen und den post-graduate schools bzw. freiwilligem Studium überlassen bleiben. Eine solche Stellungnahme scheint unbedingt zu weitgehend. Betrachtet man z. B. unser Sonderfach — und nur für dieses möchte ich mir ein Urteil erlauben—, so wird sicherlich auch bei uns an manchen Universitäten des Guten zu viel geboten. Nicht nur in dem Sinne, daß dem Studierenden zu häufig die seltenen oder interessanten Krankheitsbilder vorgeführt werden; es wird vielfach auch die gesamte Problematik unserer pathogenetischen Betrachtungsweise und unseres therapeutischen Vorgehens im breiten Rahmen vor ihm erörtert. Gerade diese glückliche Verschmelzung von Theorie und Praxis ist es ja, welche dem deutschen medizinischen Unterricht seine anerkannte Stellung in der wissenschaftlichen Welt verschafft hat. Wenn man jedoch dann abschließend feststellen muß, wie wenig von diesen Dingen haften bleibt, wie schließlich ob der Vielheit der Sonderfächer und ihrem reichen Gehalt dem Studierenden nicht nur die grundlegenden Zusammenhänge verloren gehen, sondern ihm nicht einmal die Zeit bleibt zur Durcharbeit des in den Vorlesungen Gesehenen und Gehörten, so muß man sich doch ernstlich die Frage vorlegen, ob nicht eine weise Beschränkung auf das für den Praktiker Wichtige der rein ärztlichen Ausbildung besser gerecht zu werden vermag. Zwar wird dadurch im Einzelfall und für das einzelne Sonderfach der Unterricht vielleicht in mancher Hinsicht ganz von selbst ein mehr schulmäßiges Gepräge erhalten. Den Wünschen nach Vertiefung des Gebotenen wäre dann aber um so leichter in besonderen Vorlesungen Rechnung zu tragen. Hier könnte das Niveau um so höher sein, als ja alle elementaren Kenntnisse aus der Pflichtvorlesung bekannt sein dürften. Für diese letztere wäre als Haupterfordernis anzustreben — und darin stimme ich mit meinen amerikanischen Freunden durchaus überein — die Erziehung zu unbedingter Sicherheit in Diagnose und Differentialdiagnose der Syphilis und der Tuberkulose der Haut sowohl wie der angrenzenden Schleimhäute, der cancerösen und präcancerösen Dermatosen, der banalen Hautkrankheiten (Ekzem, Psoriasis, pyogene und mykogene Dermatosen). Auf die Behandlung wäre ein größeres Gewicht zu legen. Wie überall, so wird auch hier schließlich die Persönlichkeit des Lehrers von entscheidender Bedeutung sein.

Im *dermatologischen Unterricht* bevorzugt der Lehrer an den amerikanischen Medizinschulen nach Möglichkeit die Krankenvorstellung. Die rein didaktische Methode wird mancherorts zwar immer noch betrieben (s. o.), tritt aber immer mehr zurück gegenüber klinischer Belehrung in kleineren Gruppen (bis zu 8) für kürzere und größeren Gruppen (bis zu 40 und mehr) für längere Zeit. Klagen über die übergroße Zahl der zu Unterrichtenden wurden wiederholt vorgebracht. Versuche zur Besserung darf man in der oben erwähnten Gruppenbildung sehen, die sich ja dort, wo mehrere Lehrkräfte zur Verfügung stehen, leicht durchführen läßt. Nachbildungen von Hautkrankheiten, sei es in Bildern oder in Moulagen, werden nur als Notbehelf dort angewandt, wo

Digitized by Google

das Krankenmaterial nur spärlich fließt. Die Verwertung histologischer Schnitte und Abbildungen zur Förderung des Verständnisses des formal-pathogenetischen Geschehens in der Haut, wie sie sich — allerdings auf einer guten allgemein pathologisch-anatomischen Grundlage — bei unsern deutschen Studenten ganz ausgezeichnet bewährt hat, wird nur vereinzelt betrieben, dieser Mangel jedoch allgemein bedauert. Verantwortlich gemacht wird dafür einmal der Mangel bzw. die Seltenheit pathologisch-histologisch von Grund auf geschulter Lehrkräfte, zum andern aber auch das Überwiegen der physiologisch-funktionellen Methodik im Lehrplan der amerikanischen Medizinschulen.

Die *Ausbildung des Medizinstudierenden in der Dermatologie* erfolgt meist in den Ambulatorien. Die *Anforderungen* an diese Fachausbildung sind jedoch sehr verschieden, da in den einzelnen Staaten der Union keinerlei allgemeine Regelung besteht. Da auch eine offizielle Bezeichnung als „Facharzt" nicht in Frage kommt, wird es begreiflich, daß sich jemand der Dermatologie zuwenden konnte und kann, nachdem er — wie das in früheren Jahrzehnten die Regel gewesen sein soll und ja auch bei uns wohl ab und zu vorgekommen ist — einen 6—8wöchigen fachärztlichen Kursus in einer der großen Zentren oder gar in Europa durchgemacht hat. Die führenden dermatologischen Gesellschaften stellen allerdings als Voraussetzung der Mitgliedschaft andere Ansprüche (s. u.).

In der ärztlichen *Abschlußprüfung* ist die Dermatologie durchaus nicht überall vertreten, wenn auch die besseren Schulen eine Prüfung verlangen. Diese beschränkt sich allerdings gewöhnlich auf 10—12 Fragen ohne praktische Beurteilung am Kranken. Auch die Anforderungen während der, unserem praktischen Jahr in etwa entsprechenden, „internship", sind sehr verschieden. An manchen Stellen sind 2 Monate dermatologischer Tätigkeit für den „Intern" obligatorisch, an anderen Schulen wieder, und dazu gehört z. B. die Rush Medical School, besteht für Dermatologie weder Zwangsinternship noch Zwangskolleg noch Prüfung für den Studenten. Dermatologie hören müssen nur diejenigen, welche sich freiwillig dazu bei Kursbeginn gemeldet haben; einem Examen zu unterwerfen brauchen sich nur diejenigen, welche diese Kurse gehört haben. Obwohl also dem Studenten im Gegensatz zu den sonstigen amerikanischen Gepflogenheiten, hier eine Lernfreiheit gewährt wird, wie man sie nicht einmal in Deutschland findet, machen doch die meisten von der Gelegenheit, Dermatologie zu hören Gebrauch, womit ja gleichzeitig das beste Urteil über den Wert dieses Unterrichts abgegeben ist. Ein Examen in Dermatologie bzw. Venerologie wird nur verlangt und ist dann allerdings obligatorisch, wenn jemand das große Allgemeinexamen (National Board Examination) ablegen will, welches erst neuerdings eingeführt wurde und dem Absolventen erlaubt, in der Mehrzahl der Staaten der Union (sowie in England und Schottland, Porto Rico, Hawai, Panama-Kanalzone) zu praktizieren. Bestimmte Vorschriften über die Dauer der dermatologischen Ausbildung bestehen also nicht; an sich könnte jeder sich Dermatologe nennen, wenn er die Schule verläßt. Allerdings wird neuerdings eine gewisse Regelung angestrebt. Diese beruht nicht auf staatlicher, sondern auf rein privater Initiative. So verlangt die größte und maßgebende Ärzte-Organisation, die American Medical Association, für eine Spezialität 3 Jahre Spezialstudium und 2 Jahre praktische Ausbildung. Daher bedarf es — neben allem anderen (s. o.) — einer mindestens 5jährigen fachärztlichen Tätigkeit zur Aufnahme in die American Dermatological Association. Eine Bezeichnung als Facharzt auf dem Arzt-

Digitized by Google

Schild kennt man nicht; man schickt lediglich eine Nachricht an die Kollegen, daß man sich als Dermatologe niedergelassen habe.

Das *Hauptinteresse* des amerikanischen Medizinstudierenden *vor dem Staatsexamen* ist mehr praktischen Dingen zugewandt, besonders der Therapie. Dermatologische Forschungsarbeit kann zwar in den einzelnen Laboratorien im vierten Jahre betrieben werden, viel Interesse besteht jedoch unter den Studierenden dafür nicht. Von den Laboratoriumswissenschaften finden dabei Serologie und Bakteriologie nur sehr wenig, die pathologische Histologie in den letzten Jahren steigendes Interesse. In besonders großem Ausmaß ist dieses allerdings der physikalischen Chemie zugewandt. Besondere Vorlesungen über einzelne Forschungszweige der Dermatologie wie: Strahlentherapie, Syphilisbehandlung, Histologie, werden zwar gelesen, gewöhnlich allerdings nur von den dermatologisch besonders interessierten post-graduates gehört. Die Serologie wird vom Nichtdermatologen gelehrt; hingegen ist die Strahlentherapie vielfach mit der Dermatologie vereinigt, und wo sie getrennt ist — wie z. B. an der Mayo Clinic —, muß dies als großer Nachteil betrachtet werden. Die Geschichte der Dermatologie findet — soweit ich meinen Aufzeichnungen entnehmen kann — nur an einer einzigen Stelle, und zwar gewissermaßen zur Einführung in das Fach, Berücksichtigung.

In den *postgraduate schools*, von deren außerordentlich hohem Wert für die Ausbildung in den verschiedenen Sonderfächern ich mich bei meinem mehrmonatigen Aufenthalt an der Mayo Clinic restlos überzeugen konnte, wird der Unterricht anders gehandhabt. Die in der Regel die Zahl von 8—10 Assistenten nicht übersteigende Klasse untersucht gemeinsam den einzelnen Kranken bzw. ein Schüler hat die Voruntersuchung durchzuführen. Auf Grund des klinischen Bildes erfolgt die differential-diagnostische Erörterung, unter steter Berücksichtigung des Gesamtbefundes, wie er auf Grund der Untersuchungen auf den verschiedenen Abteilungen vorliegt. Die Erleichterung, welche dieses stete Zurückgreifenkönnen auf die Ergebnisse der verschiedenen Sonderfächer gewährt, bedeutet meines Erachtens für den Lernenden allerdings auch eine große Gefahr; sie kann allmählich das eigene Interesse an der Untersuchung der Gesamtpersönlichkeit des Kranken zurückdrängen. Unter Verwertung des gesamten Befundes kommt man dann schließlich zu der Diagnose. Dabei wird auch der histologische Befund weitgehendst berücksichtigt. In idealer Form ist dies übrigens auch von *Schamberg* in *Philadelphia* durchgeführt. Hier wird der einzelne Krankheitsfall so weit vorbereitet, daß bei der Besprechung mit dem Patienten gleichzeitig der histologische Schnitt vorhanden ist.

Derartige *Schulen für dermatologische Fachausbildung* nach dem Staatsexamen gibt es mehrere. Die erfolgreichsten sind nach meinen Gewährsleuten die Mayo Clinic, die postgraduate schools der University of Pennsylvania in Philadelphia, in Ann-Arbor und in St. Louis. Die neugegründete dermatologische Abteilung der New York postgraduate school unter Leitung von *Mac Kee* wird sicherlich mit an führender Stelle stehen. Kürzere Kurse in Dermatologie und Syphilis für Graduates werden an einer ganzen Reihe von Kliniken geboten, wie die nachfolgende Aufstellung aus dem Jahre 1926/27 zeigt.

Dermatologie wird kursmäßig betrieben an der Chicago Policlinic, Columbia University College of Physicians and Surgeons New York, Cook County Hospital, Chicago (Residencies), Cornell University Medical College, Harvard Medical School, Johns Hopkins Hospital (Residencies), Mount Sinai Hospital,

Digitized by Google

New York City (Residencies), New York Policlinic Medical School and Hospital, New York Post-Graduate Medical School, New York Skin and Cancer Hospital, Stanford University School of Medicine, Tulane University Graduate School of Medicine, University of California Graduate Division, Berkeley, University of Minnesota Graduate School of Medicine (Fellowship), Mayo Foundation, University of Pennsylvania Graduate School of Medicine;

Syphilologie an der Columbia University College of Physicians and Surgeons, Harvard Medical School, New York Policlinic Medical School and Hospital, New York Skin and Cancer Hospital, Stanford University School of Medicine, University of California Graduate Division, Berkeley, University of Pennsylvania Graduate School of Medicine, Yale University School of Medicine.

Da die oben erwähnten Schulen auch dem ausländischen Besucher die besten Möglichkeiten bieten, wurden sie hier besonders aufgeführt. Der Unterricht in diesen Kursen ist für kürzere Zeit wohl allgemein unentgeltlich, für länger dauernde Kurse wird Bezahlung verlangt. Überall dort, wo der Lernende gleichzeitig sich dem klinischen Betriebe der Anstalt widmet (Residences, Fellowships), wie z. B. bei den Mayos, wird sogar ein gewisses Existenzminimum gewährt.

Besonders erwähnenswert scheint mir noch, daß die meisten der amerikanischen Kollegen den sogenannten *Aufklärungsvorträgen für junge Leute und Schüler* im großen und ganzen ablehnend gegenüber zu stehen scheinen. Vielfach wurde betont, daß diese mehr schaden wie nützen. Diese ablehnende Stellungnahme muß um so mehr überraschen, als ja im übrigen die amerikanische Öffentlichkeit mit Vorträgen hygienischen und allgemein medizinischen Inhalts geradezu überschwemmt wird. Bezeichnend für die amerikanische Betrachtungsweise dieser Frage schien es mir, wenn immer wieder betont wurde, wie vorsichtig man in solchen Dingen vorgehen müsse, ja, daß sogar auf Wunsch der Eltern vielfach die Namen der Krankheiten nicht einmal genannt werden dürften.

4. Praxis und wirtschaftliche Lage.

Die wirtschaftliche Lage des dermatologischen Praktikers in den Vereinigten Staaten darf man wohl im Vergleich zu der unsrigen als eine außerordentlich günstige bezeichnen. „It has always been and still is a lucrative field scientifically; it is now a lucrative field financially. Partly because dermatologists are practicle people, but mostly because of necessity, evolution has been largely along practical lines" *(Mac Kee)*.

Der Grundsatz des „help yourself", wie er sich drüben durchgesetzt hat, ist für die Erziehung eines Volkes zur Selbständigkeit von außerordentlich weittragender Bedeutung. Er spielt auch für die gesundheitlichen Verhältnisse, für die Beziehungen zwischen Arzt und Kranken eine wichtige Rolle. Wir finden dabei das gleiche Streben nach Vertiefung, nach Vermenschlichung des ärztlichen Berufes, wenn man so sagen darf, wie bei uns. Dabei scheint mir dieses Problem drüben durchaus nicht so dringend wie bei uns; denn es wird dem Arzte in Amerika diese rein menschliche Seite seiner Tätigkeit durch die günstige Wirtschaftslage außerordentlich erleichtert. Aber es ist nicht allein die wirtschaftliche Lage. Jenes „help yourself", das als oberster Leitsatz amerikanischer Einstellung zum Leben betrachtet werden darf, hat eine eigentliche soziale Fürsorge im Sinne unserer Kranken-, Invaliden- und Altersversicherung

Digitized by Google

über einige private und kümmerliche Ansätze nicht hinauskommen lassen. Der gleiche Stolz, der den „Citizen" jede Bevormundung durch Dritte ablehnen läßt, heißt ihn auch hier für sich selbst sorgen. Dieses „Fürsichselbstsorgen" ist natürlich drüben in einem ganz anderen Maße möglich wie bei uns. Nicht etwa so, als ob jeder zu Wohlstand oder gar Reichtum käme — die meisten Leute leben auch drüben von der Hand in den Mund—; aber jeder hat doch stets und ohne weiteres die Möglichkeit zur Arbeit. Vorläufig wenigstens kennen die U.S.A. — bei meinem Aufenthalt in den Vereinigten Staaten 1926/27 — dank der zielbewußten Einwanderungspolitik das Arbeitslosenproblem noch nicht. Der Ertrag dieser Arbeit gewährt nicht nur das zum Leben unbedingt Nötige, sondern er erlaubt darüber hinaus auch dem einfachen Arbeiter, sich viele der sogenannten Annehmlichkeiten des Daseins — für ihn sind Auto, Kino, Radio das ja wirklich — zu verschaffen. Er erlaubt ihm andererseits auch, sich bei Krankheitsfällen ohne weiteres an den Arzt bzw. die Klinik zu wenden und diesen ihre Leistungen entsprechend zu vergüten. Das Gefühl der Verpflichtung im kaufmännischen Sinne, das beim Amerikaner meist sehr ausgeprägt ist, sichert dem Arzt auch dann eine gute Bezahlung, wenn diese nicht sofort erfolgt. Sie wird um so höher ausfallen können, je wertvoller die ärztliche Gegenleistung erscheint. Für den Kranken bedeutet unter *jenen* Umständen die Krankheit ein schlechtes Geschäft, das er möglichst schnell abwickeln will, für den Arzt unter *diesen* Umständen die schlechte Leistung. Es besteht folgende enge Bindung: Krankheit hindert an der Arbeit, damit am Erwerb des Geldes, das nicht nur zum Leben ausreicht, sondern das bei der guten Bezahlung auch ein angenehmes Dasein ermöglicht. Daher ist „Kranksein" ein schlechtes Geschäft, das möglichst schnell zum Abschluß zu bringen ist, zum guten wie zum schlechten Ausgang. Hier spielt auch die Rücksichtnahme auf die Angehörigen mit; man will diesen und sich selbst ein langes Siechtum ersparen; daher auch eine weitgehende Operationsfreudigkeit. Der Arzt kann aber an seinem Patienten auch mehr Interesse nehmen als bei uns; statt der beispielsweise 50 und mehr Kranken, die unser Kassenarzt täglich beraten muß, um sich ein Auskommen zu sichern, erreicht der amerikanische Kollege dieses Ziel vielleicht schon mit 10 Beratungen. Der Kranke kann gar nicht das Gefühl haben, lediglich eine Nummer im Kunden- und vor allem im Kassenrechnungsjournal zu sein, sondern er fühlt sich als ein Mensch, der zahlt und sogar sehr gut zu zahlen gewillt ist, wenn er dafür eine gute Leistung sieht. Im letzten sind es also weniger rein ethische Gründe, sondern die rein praktische Folge der Einstellung des Amerikaners zu Krankheit und Beruf. Jene schädigt ihn und bedeutet auf alle Fälle niemals Erholung, Ausruhen, bessere Tage, wie leider so oft bei uns.

Man kann zwei Formen unterscheiden, in welchen die *dermatologische Praxis* betrieben wird. Bei der einen spielt sich der ganze Betrieb in zwei Zimmern ab, nämlich dem Warte- und Sprechzimmer; des Arztes Tätigkeit beschränkt sich auf die klinische Diagnose und die entsprechende Verordnung. Wenn irgendeine Laboratoriumsuntersuchung, eine chirurgische, intravenöse oder physikalische Therapie notwendig wird, überweist er den Kranken an eine andere Stelle. Der andere Typus hat sich eigentlich erst innerhalb der beiden letzten Dekaden entwickelt; er hat wohl am meisten mit zur Vervollkommnung der amerikanischen Dermatologie beigetragen. Dieser „moderne" Dermatologe betrachtet seine Kranken sowohl vom Standpunkt des Internisten wie des Dermatologen und des Forschers. Die gesamte Laboratoriumsdiagnostik

Digitized by Google

einschließlich Serologie, Bakteriologie, Histologie und Dunkelfeld steht ihm in seinen eigenen Räumen zur Verfügung. Röntgen und Radium, Höhensonne und Elektrolyse, Methoden für Kälte- und Hitzebehandlung, Diathermie und kleine Chirurgie werden eigenhändig oder von ärztlichen bzw. technischen Assistenten oder Assistentinnen ausgeübt. Gerade diese Hilfskräfte werden weitgehendst herangezogen. Ein derartig wohl ausgerüsteter Dermatologe ist ein sehr beschäftigter Mann, und er trägt eine hohe, wirtschaftliche, moralische und gesetzliche Verantwortung. Dieser Typus wird als das Ideal des amerikanischen Dermatologen betrachtet, der die amerikanische Dermatologie zu ihrer jetzigen Höhe gebracht hat *(Mac Kee)*.

Die *wirtschaftlichen Aussichten* für den guten Dermatologen dürfen daher auch noch in den großen Städten als sehr gute bezeichnet werden. Von einer Überfüllung kann hier durchaus noch keine Rede sein; trifft man doch z. B. in einer Stadt von der Größe Philadelphias (rund 2 Millionen Einwohner) nur etwa 30 Dermatologen, von denen man 6 als führend bezeichnen könnte. Man vergleiche damit Mannheim mit etwas mehr als ein Zehntel dieser Einwohnerzahl und mindesten der gleichen Zahl von Dermatologen (über 30). Es wird daher nicht überraschen, daß in den Vereinigten Staaten von Amerika manche Städte von bis zu 500 000 Einwohnern vorhanden sind, in welchen kaum ein guter Dermatologe aufzutreiben ist; dabei wird die Gonorrhöe von den meisten Dermatologen überhaupt nicht behandelt.

In diesem Zusammenhang sei kurz auf die *Bedeutung der Kurpfuscher und Quacksalber* für unser Sonderfach eingegangen. Bekanntlich besteht in den Vereinigten Staaten keinerlei Möglichkeit, die schwindelhafte Anpreisung von Heilmitteln und Behandlungsmethoden zu verhindern. Nur etwa 20 der Bundesstaaten haben das anzeigenmäßige Angebot zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten verboten. Die führenden medizinischen Zeitschriften, insbesondere das Bureau der American Medical Association, sind hier zwar zur Selbsthilfe geschritten; in den Unterhaltungsblättern, besonders den „Magazines" verschiedenster Richtung, findet man der Anzeigen aber noch genug.

So schätzt *H. Fox* den Prozentsatz der Anzeigen über kosmetische und Heilmittel für Hautkrankheiten in einer der bekanntesten New Yorker illustrierten Zeitungen auf 60% sämtlicher Annoncen überhaupt. Unter ihnen dürfte das in dem berüchtigten, aber vielgelesenen „Physic culture" gemachte Anerbieten, die Syphilis durch eine 20tägige Milchbehandlung zu heilen, mit zu den gefährlichsten gehören. Die „Beauty parlors" richten mit ihren Paraffineinspritzungen immer noch großen Schaden an. Sehr interessant und mit Rücksicht auf das seit vorigem Jahre in Kraft getretene Gesetz als für unsere Verhältnisse besonders lehrreich sei erwähnt, daß zwar die Krankenbehandlung durch Nichtärzte in den verschiedenen Staaten gesetzlich verboten ist, daß aber trotzdem gerade Hautkranke von den verschiedenen Sektierern mit besonderer Vorliebe in ihre Obhut genommen werden. Wie überall, dürfte auch hier die Entwicklung derartiger Sumpfpflanzen weitgehendst von jener eigenartigen Stickluft abhängig sein, die die betreffenden Geister umlagert. Der Homöopathie in engerem Sinne wurde — wenigstens für die Dermatologie — jegliche Bedeutung abgesprochen.

Es ergibt sich ganz von selbst die Frage nach den *Aussichten* für *auswanderungslustige* europäische, insbesondere deutsche *Fachärzte*. Ein Bedarf für derartige Einwanderer wurde — aus leicht verständlichen Gründen — von keiner Stelle behauptet, wenn auch die Möglichkeit eines Erfolges durchaus

Digitized by Google

zugegeben wird. Wie stets in solchen Fällen, wird auch hier schließlich alles vom Einzelnen abhängen. Unter der selbstverständlichen Voraussetzung, daß sprachliche Schwierigkeiten nicht bestehen, bleiben der erschwerenden Umstände noch genug. Das Verhältnis vom Arzt zum Kranken und damit auch die Behandlung weichen ganz erheblich von dem bei uns Gewohnten ab; ich darf auch an dieser Stelle auf meinen allgemein orientierenden Aufsatz in der Klinischen Wochenschrift Nr. 41—42, 1927 verweisen. Die meisten Ärzte, die herüberkamen, oder so gut wie alle, wurden mir als für amerikanische Verhältnisse *nicht* erfolgreich bezeichnet. Wenn ich meine eigenen Eindrücke hier wiedergeben darf, so liegen die Dinge so, daß der Tüchtige auch drüben vorwärtskommen wird, in wirtschaftlicher Hinsicht sicherlich unter erheblich leichteren Bedingungen wie bei uns. Der Lässige und Bequeme wird allerdings drüben viel schneller am Ende sein wie hier.

Während früher sehr viele Hautkranke zur Beratung und auch zur Behandlung die europäischen dermatologischen Zentren aufgesucht haben, ist darin jetzt ein völliger Wandel eingetreten. Wie auf vielen anderen Gebieten, so hat der Krieg auch hier die Amerikaner zur Selbständigkeit erzogen. Sehr viel mag zu dieser Entwicklung der Umstand beigetragen haben, daß die wirtschaftlichen Verhältnisse seit Kriegsende Europa an sich schon mehr zurücktreten ließen und der Schwerpunkt der Weltlage sich nach den Vereinigten Staaten von Amerika verschoben hat.

5. *Besondere Hautkrankheiten und Behandlungsmethoden.*

Dermatosen besonderer Art finden sich in den Vereinigten Staaten von Amerika, von einigen Ausnahmen abgesehen, kaum vor. Dies erscheint durchaus verständlich, wenn man berücksichtigt, daß ja klimatisch im großen ganzen die gleichen gemäßigten Verhältnisse vorliegen wie in Europa. Häufungen einzelner, auch bei uns bekannter Erkrankungen darf man wohl auf besondere soziale Verhältnisse zurückführen. Einen scherzhaften Vorgeschmack von ihnen bekommt man schon bei der Landung, wo ein Arzt der Gesundheitsbehörde die Untersuchung der Reisenden 1. Klasse auf eine eingehende Besichtigung der Hände beschränkt wegen — Skabies, wie ich auf Befragen hörte. Die vielen Fälle von Pemphigus vulgaris, von Kaposischer Krankheit in New York, sind wohl auf die außerordentlich hohe Zahl der aus den osteuropäischen Staaten dorthin eingewanderten Juden zurückzuführen, die ja mehr zu diesen Krankheiten zu neigen scheinen. Die zahlreichen *Blastomykose*-Fälle, insbesondere im Mittelwesten — die oft sehr schnell zur Generalisierung und innerhalb einiger Monate zum Tode führen —, möchte man mit dem vorwiegend landwirtschaftlichen Beruf der Bewohner in Zusammenhang bringen, der auch wohl für die in Dakota und Nebraska häufige *Sporotrichose* eine Rolle spielt (Pferdezucht). Das *Granuloma coccidioides* im Westen war ursprünglich auf einen kleinen Bezirk, das San Joaquin valley, nahe dem Yosemite Tal, beschränkt. Jüngstens wurde ein Fall bei einem Soldaten in Denver (Kolorado) beobachtet, der diese Gegend angeblich nie verlassen hatte. Die *Tularaemie* — so genannt nach dem Tulari-County in Californien — im Mittelwesten und Westen, wird mit dem Biß von Kaninchen in Zusammenhang gebracht. Sie zeigt einen Sporotrichose ähnlichen Beginn mit einem Primäraffekt, ähnlich dem Erysipelas suis, Lymphangitis, Lymphadenitis, Septikämie. Das vollausgebildete Krankheitsbild, verursacht durch Bakterium Tularaemiae, ähnelt dem Typhus abdominalis. *Lepra* wird im Westen eigentlich nur unter chinesischen und japanischen Einwanderern angetroffen. Für den Süden spielt allerdings die Lepra unter der

Digitized by Google

einheimischen, besonders unter der farbigen Bevölkerung eine größere Rolle. Hier findet sich in Louisiana auch die große Leprakolonie der Vereinigten Staaten. Unter dem „coloured people" grassiert die *Syphilis* in außerordentlich starkem Maße; auch des *Granuloma venereum* spielt eine gewisse Rolle. Aber schon die ganz banalen Hautkrankheiten erscheinen bei den Negern diagnostisch sehr schwierig. Man kann sich kaum vorstellen, wie andersartig eine an sich typische Hauterkrankung beim Farbigen erscheint; tritt doch einer unserer Hauptanhaltspunkte, das Erythem, bei ihm sehr in den Hintergrund. Daher tut man am besten, selbst in den scheinbar einfachsten Fällen mit seiner Ansicht sehr zurückzuhalten; überlassen doch die amerikanischen Kollegen sich hier im entscheidenden Falle ebenfalls dem „Spezialisten".

Von der *Histoplasmosis*, jener eigenartigen, ursprünglich von *Darling* am Panamakanal beobachteten Erkrankung, wurde neuerdings ein Fall in Minnesota bei einer Deutschen festgestellt, die über 40 Jahre dort ansäßig und niemals in tropischen Gegenden gewesen war (*Riley* und *Watson*). (Den fünften der bisher bekannten Fälle, diesen mit Hautveränderungen auf den Wangen, sah *Warde* auf den Philippinen.) Erwähnenswert ist noch jene eigentümliche Form des Hautmaulwurfs, „*Creeping disease*", die, im Gegensatz zu den europäischen Fällen, durch Nematoden hervorgerufen wird und im Süden häufiger vorkommt, (*Kirby-Smith* u. a.) Daß das *Mycetoma madurae* sich durchaus nicht immer auf den Fuß beschränken muß, zeigt ein interessanter Fall von *Foerster*-Milwaukee, wo bei einer jungen Dame ein chronischer Abzeß hinter dem Ohr von Aspergillus nidularus unterhalten wurde. Die Seltenheit des *Lupus vulgaris*, nicht nur in den großen Städten, sondern auch in den ländlichen Bezirken des Mittelwestens, ist ja bekannt. Eine Erklärung möchte man in den mehr trockenen klimatischen Verhältnissen sehen. Aber auch der Verlauf mancher Fälle von *Hauttuberkulose* weicht von dem bei uns bekannten Bilde ab. So entwickelte sich z. B. eine kolliquative Hauttuberkulose bei einem erwachsenen Mexikaner als akuter, hochfieberhafter Prozeß mit Haut-, Lungen-, Nieren- und Darmherden, also eigentlich wie eine Miliartuberkulose, oder besser Tuberkelbazillenseptikämie („Jungfräulicher Boden"). Auffallend ist eine außerordentliche Häufung des *Lupus erythematodes* im Mittelwesten-Bezirk, besonders im Mississippitale, wofür ein Grund allerdings nicht angegeben werden konnte. In der Allgemeinpraxis spielt schließlich noch die *drug-eruption* eine große Rolle, ebenso die *Pilzerkrankungen* der Haut. Klinisch erscheinen beide bekanntlich vielfach unter dem Bilde des chronischen Ekzems bzw. der Dermatitis. Man sucht daher — schon mit Rücksicht auf die Therapie — das „Ekzem" nach Möglichkeit in seine ursächlichen Formen aufzulösen; nur dann, wenn solche nicht zu finden sind, anerkennt man ein „Ekzem" als solches. Die *toxische Dermatitis* mit *allergischem Zustand* wird hingegen sehr gern diagnostiziert. Sie ist an manchem Ort für den Dermatologen das, was für den Allgemeinpraktiker die „focal infection", über die a. a. O. ja ausführlicher berichtet wurde. Auch die *focal infection* macht man vielerorts für eine Reihe von Hautkrankheiten verantwortlich (Eryth. exsudat. multif. Erythema nodosum, Herpes zoster u. a.).

Allerdings stößt die kritiklose Ausnützung jenes an sich durchaus gesunden Grundsatzes an anderen Stellen auf — vielleicht zu weitgehende — Ablehnung.

Die *allgemeine Volksbelehrung* in Vorträgen über Krebs, Lues, Gonorrhöe, über richtige Ernährung, Fragen der Hygiene u. a., ist drüben weit besser und ausgedehnter organisiert wie bei uns. Da hierfür die Mittel reichlich fließen,

Digitized by Google

erscheint dies ohne weiteres verständlich. Die Zusammenarbeit zwischen staatlichen Gesundheitsbehörden und praktischen Ärzten ist dabei von ersteren in äußerst geschickter, kluger und weitsichtiger, großzügiger Form durchgeführt. Wenn wir auch die Gefahren nicht verkennen, die drüben — genau wie bei uns — diese vielseitige „Aufklärung" mit sich bringt (Züchtung von Neurasthenie und Hypochondrie), so ist das Gesamtergebnis doch als recht wertvoll zu bezeichnen.

Die *Behandlung der Hautkrankheiten* steht allgemein auf sehr hoher Stufe. Aus den a. a. O. angedeuteten Gründen wird hier dem Kranken und seiner Behandlung eine Aufmerksamkeit entgegengebracht, wie sie sich die meisten unserer Ärzte einfach schon aus Zeitmangel nicht erlauben können. Nicht nur die Zahlungsfähigen, sondern auch die Armen und Ärmsten finden in den Polikliniken der großen Hospitäler oder auch in den Kliniken jede notwendige Behandlung, wie dies dem stets hilfsbereiten Wesen des Amerikaners entspricht. Besonders erwähnenswert sind Bestrebungen, die dahin zielen, die *Syphilis*, in all ihren verschiedenen Erscheinungsformen, wieder *in dermatologischer Hand* zu vereinigen. „Syphilis as a subject should be under the general supervision of the department of dermatology, with the cooperation of many other departments, in which there is export knowledge of special features of the disease" *(Mac Kee)*.

Wie sehr man die Trennung der *Röntgentherapie* — wenigstens so weit sie die Hautkrankheiten betrifft — von der Dermatologie verwirft, wurde oben schon erwähnt. Die Erfolge der Röntgenbehandlung an sich werden allerdings an manchen Orten ziemlich zurückhaltend beurteilt, an anderen wieder sehr anerkannt. Es mag dies zum Teil sicherlich von rein persönlichen Verhältnissen abhängen. Im allgemeinen wurde jedoch betont, daß die unter Umständen zu erzielenden Ergebnisse in keinem Verhältnis stehen zu den großen Gefahren, wobei man allerdings zugab, daß erfahrene Therapeuten sicherlich mehr darin tun dürfen wie andere. Eines unserer besten Lehrbücher der Strahlentherapie *(Mac Kee)* ist ja aus amerikanischer Hand hervorgegangen. Besonders bevorzugt werden die Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Acne vulgaris (!) und der Mycosis fungoides. Vorsichtiger verwertet man sie beim Ekzem, der Psoriasis, dem Basalzellenkarzinom, der Adenitis suppurativa u. a. Weniger angewandt wurden sie beim Lichen ruber; über Erfolge der Rückenmarksbetrahlung bei dieser Erkrankung war noch nichts bekannt. Abgelehnt wird die Röntgentherapie für die Parapsoriasis, den Lupus erythematodes sowie für alle Krankheiten, die mit Atrophie und Teleangiektasien einhergehen *(Mac Kee)*. Beim Lupus erythematodes wurde an der Mayo-Clinic eine systematische Bestrahlung der tiefen Drüsen durchgeführt. Basalzellenkarzinome wurden exzidiert und gekautert; eine Therapie, auf die auch an unserer Klinik mehr und mehr zurückgegriffen wird. Radiodermien werden als außerordentlich häufig bezeichnet und meist auf zu weite Indikationsstellung und mangelndes ärztlich-technisches Können zurückgeführt. Die geschwürige Form behandelt man möglichst chirurgisch, sei es durch Totalexstirpation oder Kurettage bis ins Gesunde und Transplantation; für leichtere Fälle wird Elektrokoagulation empfohlen und schließlich noch Höhensonne und Wärmestrahlen. Die Finsenbehandlung ist augenscheinlich ganz aufgegeben und auch die Ergebnisse der Quarzlampe werden als nicht zufriedenstellend bezeichnet. Da der Lupus vulgaris an sich sehr selten vorkommt, spielt diese Frage jedoch nicht die Rolle wie bei uns. Radium-, aber auch Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris werden übrigens vollständig abgelehnt. Sehr wertvoll erscheint die

Digitized by Google

dauernde Überwachung des Lupus — wie überhaupt aller Tuberkulosekranken — durch die Angestellten der öffentlichen Gesundheitsbehörde.

Die *Lepra*, von der es nach einer persönlichen Mitteilung von *Ormsby* in den U.S.A. etwa 600 Fälle geben dürfte, wird mit Chaulmoograöl teils innerlich, teils durch Injektionen behandelt. Eine große Leprakolonie findet sich in Carville (Louisiana). Die Gesundheitsbehörde geht in den einzelnen Staaten gegen die Leprösen ganz verschieden vor. Im Staate New York, in Minnesota, in Texas z. B., dürfen die Kranken in ihren Wohnungen verbleiben; sie müssen sich nur bei der Gesundheitsbehörde melden.

Ormsby spricht auf Grund einer 7—8jährigen Erfahrung der intravenösen Autoserumtherapie bei der Psoriasis gute Erfolge zu. Er erreicht vor allem ein längeres Freibleiben. Eine einfache und sehr wirksame Psoriasistherapie war die an der Mayo-Clinic von *Goeckerman* durchgeführte Einpinselung der Herde mit Steinkohlenteer und nachfolgender Höhensonnenbestrahlung. Interessanterweise war der Erfolg der Therapie, der ja allerdings auch nur rein symptomatisch ist, bei den verschiedenen Teersorten ein ganz verschiedener; es erscheint daher empfehlenswert, aus den verschiedenen Teeren die wirksamste Fraktion herauszusuchen.

In einem viel höherem Maße wie bei uns ist die *Gesundheitsfürsorge* entwickelt, sei es in öffentlicher oder — was häufiger und auch als erfolgreicher erwähnt wird — privater Form, ausgehend von den einzelnen Ärzten und ihren klinischen oder poliklinischen Abteilungen. Der ganze Überwachungsdienst ist in der Regel in der Hand einer Angestellten der Klinik oder der dispensary vereinigt. Ihr wird jeder, sozial in irgend einer Richtung ins Gedränge geratene, gesundheitlich gefährdete bzw. gefährliche Kranke überwiesen. Dank der glänzenden wirtschaftlichen Lage stehen nicht nur hinreichende Hilfskräfte für den Außendienst, sondern auch die entsprechenden Summen zur Verfügung, die erst einer solchen Einrichtung die nötigen praktischen Wirkungsmöglichkeiten geben. Das „social service departement" hat sich zu einer der wichtigsten Abteilungen der dermato-venerologischen Klinik entwickelt *(Stokes)*.

Die *Behandlung der Gonorrhöe* bleibt, wie schon kurz angedeutet, meistens dem „g.-u.-man" überlassen. Sie geht im großen ganzen aber auch bei diesem den auch bei uns hinlänglich bekannten, nicht immer befriedigenden Gang, wenigstens für die frische Gonorrhöe. Bei den chronischen und mit Komplikationen einhergehenden Fällen (Adnexerkrankungen), kommt naturgemäß die gute urologische Ausbildung den Kranken sehr zu statten.

Bei der *Syphilisbehandlung* beherrscht das Salvarsan das Feld; besonders für die Frühlues wird das Altsalvarsan, auch gegenüber dem Arsphenamin, vorgezogen. Dieses, sowie auch das Neuarsphenamin, macht man für das vermehrte Auftreten der Salvarsandermatitiden verantwortlich. Ihre, bei frühzeitiger Anwendung erfolgreiche Behandlung mit Natriumthiosulfat verdanken wir den Amerikanern. Die Quecksilberbehandlung wird noch für alle Stadien der Lues angewandt. Sie dürfte noch nicht in dem Maße von der Wismuttherapie verdrängt worden sein, wie das bei uns vielfach der Fall zu sein scheint. Im allgemeinen bevorzugt man die Injektionsbehandlung (Hg. salicyl.) vor der Salbenbehandlung. Die Lumbalpunktion wird für jeden Fall am Ende der Behandlung verlangt; falls entsprechende Symptome darauf hinweisen, auch früher. Im allgemeinen ist man allerdings auch hier zurückhaltender geworden und wartet lieber den Behandlungserfolg ab. Die Behandlung der Erscheinungen des Zentralnervensystems nach *Gennerich* ist vollständig auf-

Digitized by Google

gegeben, auch die nach *Swift-Ellis* wird weniger ausgeführt wie früher. Sie ist jetzt vielfach durch die Malariatherapie verdrängt, insbesondere auch wohl, weil der Erfolg bei Paralyse, bei spinaler und vaskulärer Syphilis zu wünschen übrig ließ. Mit *Swift-Ellis* ließ sich hingegen eine Besserung des Liquor in vielen Fällen von meningealer Syphilis erreichen, die auf die gewöhnliche intravenöse Therapie nicht ansprachen. Auch bei der Frühtabes, insbesondere den lanzinierenden Schmerzen, sah man gute Erfolge. Das gelegentliche Auftreten von nicht zu vermeidenden schweren Reaktionen mit Schmerzen in den Beinen, die Möglichkeit der Myelitis und eitrigen Spinalmeningitis, lassen allerdings diese Therapie nicht ganz ungefährlich erscheinen. Auch sie wird daher mehr und mehr durch die Malariabehandlung verdrängt. Diese wird ziemlich viel angewandt, jedoch nur klinisch durchgeführt; vor allem bei jüngeren Kranken, jedoch auch hier hauptsächlich nur bei Lues des Zentralnervensystems bzw. Paralyse, wo sie als absolut indiziert angesehen wird. Für die Behandlung der Frühlues wird sie abgelehnt, jedoch geht die Meinung dahin, daß jede Wassermann-feste Lues und insbesondere jede mit dauernd starken Liquorreaktionen einer Malariatherapie unterzogen werden sollte. Sogenannte Sicherheitskuren werden möglichst vermieden. Wenn „alles in Ordnung" ist, glaubt man darauf um so eher verzichten zu dürfen, als eine von den Kranken in der Regel mit großem Verständnis nachgesuchte jährliche Kontrolle die notwendige Sicherheit bietet.

Die Stellungnahme gegenüber einer eventuellen *prophylaktischen Behandlung* war verschieden. Teils wurde sie abgelehnt, teils war man für Abwarten, teils wurde sie durchgeführt, unter der Voraussetzung allerdings, daß nicht mehr wie 12 Stunden nach der Infektionsmöglichkeit vergangen waren. Bei Verdacht auf berufliche Infektion findet sich die gleiche wechselnde, letzten Endes als Frage des Temperaments zu betrachtende Einstellung. Auf der einen Seite stets Behandlung (3 Injektionen 0,3—0,5 in 5 Tagen), auf der anderen Seite lediglich Überwachung und keine Behandlung ohne Nachweis des Erregers.

6. Beziehungen zu Europa. Ausklang.

Der vorstehende Bericht weist auch ohne besondere Betonung schon auf die engen Beziehungen der amerikanischen zur europäischen Dermatologie hin. Sie sind heute allerdings schon ein gegenseitiges Geben und Nehmen geworden, wie wir dies auch für andere Zweige der Medizin anerkennen dürfen. Aus der Darstellung geht aber auch hervor, daß die europäische Dermatologie nicht mehr so ausgesprochen als führend anerkannt wird, wie vor dem Kriege. Allerdings spielen hierbei, so überraschend das auf den ersten Blick sein mag, politische und örtliche Verhältnisse eine entscheidende Rolle. Während im Mittelwesten vielfach noch die Ansicht vertreten wird, daß eine dermatologische Ausbildung nicht vollkommen sei, ehe man in Europa die letzten Möglichkeiten der Ausbildung, besonders in der pathologischen Histologie, erschöpft habe, glaubt der Osten durchaus auf eigenen Füßen zu stehen. Hier hält man — und diese Vorstellung entspricht durchaus dem, was man heute leider auch sehr häufig auf vielen anderen Gebieten antrifft —, alle Dinge, wie immer sie in U.S.A. sind, für sehr gut. Man hält es daher nicht mehr für nötig, in Europa Lehrgeld zu zahlen, wenn man auch die größere Tiefe und Breite der europäischen Ausbildung restlos anzuerkennen geneigt ist. Insbesondere diese breite medizinische Allgemeinbildung ist es, ferner die weitaus greifenden Beziehungen zu den übrigen theoretischen und praktischen Sonderdisziplinen, die die amerikanische Dermatologie nach Ausspruch ihrer berufensten Vertreter immer noch

Digitized by Google

zu lernen hat. Die breite Basis als Grundlage der medizinischen Erziehung überhaupt, die bessere Mittelschulbildung mit dem dort gepflegten Verständnis der herrschenden Fremdsprachen, die naturwissenschaftlichen Grundlagen, vor allem der Chemie und Physik, mit einem Wort, der tiefe kulturelle Untergrund ist es, um den man uns, aber durchaus freundschaftlich, beneidet. Damit steht schließlich in engem Zusammenhang die wirtschaftlich gesicherte, gesellschaftlich hochgeachtete, freie Stellung des europäischen Hochschullehrers, die ihm gestattet, mehr Zeit dem Studium und der Problemerörterung zu widmen, wie dem stets angespannt für sein Dasein arbeitenden amerikanischen Praktiker, der nur in seiner Freizeit sich dem Unterricht und der Forschung widmen kann. Größeres Gewicht wünscht man auf die Kenntnis der Histopathologie zu legen, die ein besseres Verständnis nicht nur für die Diagnose und Differentialdiagnose der Krankheiten, eine bessere Erkenntnis ihrer Zusammenhänge erlaubt, sondern auch jene ewig wiederkehrenden Formen zum Bewußtsein bringt, unter welchen sich Angriff und Abwehr im tierischen Organismus abspielen; denn das heißt Verständnis gewinnen wenigstens für eine der bunten Formen der Äußerung jenes Geheimnisvollen, das wir Leben nennen. —

Dieser Bericht wäre nicht vollständig, ja unfruchtbar, wenn er nicht in kurzen Worten darzulegen versuchte, was nun umgekehrt die europäische Dermatologie von der amerikanischen lernen könnte. Das Auffallendste ist wohl die Organisation der ärztlichen Praxis, die sich naturgemäß eng an die allgemeinen amerikanischen Geschäftsmethoden anlehnt. Der Arzt selbst beantwortet nie persönlich das Telephon, er fragt nicht nach dem Honorar, bezahlt keine Rechnungen, verabredet keinerlei Sprechzeit. Alles dies besorgt der „business officer", die bewährte und vielfach unentbehrliche und entsprechend bezahlte, meist weibliche Hilfskraft. Die straffe Organisation lehnt man für Fragen der Forschung drüben übrigens doch vielfach ab, denn diese seien nur individuell zu lösen. Die Art der Krankenbehandlung, die außerordentlich hochgetriebene Rücksichtnahme auf die Eigenschaften des *kranken* Menschen, die stets gepflegten engen Beziehungen zur Allgemeinmedizin sind vorbildlich. Wissenschaftlich bewegen den Amerikaner die gleichen Fragen wie uns (s. o.). Die langdauernde geistige Abgeschlossenheit der führenden Völker voneinander wird drüben mindestens so sehr bedauert wie bei uns. Praktische Wege zur Überwindung sind bereits beschritten. Die im Januar 1927 in Newyork gegründete „International Medical Society" erstrebt die Befestigung der Beziehungen zwischen amerikanischen und fremden Ärzten. Mein Vorschlag, durch einen internationalen Kongreß die letzten noch bestehenden Spannungen aus dem Wege zu räumen, fand bei unseren amerikanischen Fachkollegen eine äußerst herzliche Aufnahme. Schwierigkeiten zeigten sich nur in der Frage, wo dieser Kongreß abgehalten werden sollte. Auf der einen Seite wäre die große, freie amerikanische Union, die so viele Völkerstämme unter ihrer schönen und geachteten Flagge zu vereinigen verstanden hat, der gegebene Platz auch für die friedliche wissenschaftliche Vereinigung der Nationen gewesen. Auf der anderen Seite allerdings stehen dem die wirtschaftlichen Schwierigkeiten hemmend gegenüber, welche so vielen unserer europäischen Fachgenossen die weite Reise unmöglich gemacht hätten. Um so erfreulicher ist es, daß das Zustandekommen des nächsten internationalen Kongresses in einem neutralen europäischen Lande (Dänemark) 1930 gesichert scheint. Alte Beziehungen werden dort wieder freudig aufgegriffen, neue geschlossen werden, zu dem idealen Ziele der Förderung der Freundschaft unter den Völkern, der Förderung des Wissens um unser Sonderfach.

Digitized by Google

II.

(Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten [Leiter: *I. D. Perkel*] und dem Physio-Therapeutischen Kabinet [Leiter: *W. P. Panow*] des Odessaer Dermato-Venerologischen Staatsinstitutes [Glawtsche Institut] [Direktor: *M. G. Choroschin*].)

Zur Frage der Behandlung der nach intramuskulären Hg- und Bi-Injektionen auftretenden Infiltrate [1]).

Von

F. I. TARSIS, W. P. PANOW und N. M. WASSILJEWA.

Eine unangenehme Nebenerscheinung bei der Ausführung intraglutäaler Hg-Einspritzungen ist das Zustandekommen von Infiltraten in der Gesäßmasse infolge chemischer Reizung des Gewebes durch Quecksilbersalze, wozu ungenügende Länge der Injektionsnadel und das Geraten derselben in ein vorausgegangenes Infiltrat beträchtlich beitragen. Infiltrate von Hg-Injektionen haben zumeist den Charakter tiefgelegener, bisweilen zu Konglomeraten zusammengeflossener, standhafter, der üblichen Wärmetherapie nicht weichender Knoten.

Was das Wismut anlangt, so weist dasselbe nach unseren Beobachtungen geringgradigere Reizerscheinungen auf und ruft seltener Infiltrate hervor, die gewöhnlich von akut entzündlichem Charakter, oberflächlich gelegen und sehr schmerzhaft sind.

An einem großen Material der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Glawtsche-Instituts hatten wir die Möglichkeit, derartige durch Hg und Bi gesetzte Infiltrate öfters zu beobachten und uns zu überzeugen, wie unzulänglich die bisherige Therapie mit Wärmeapplikation (Umschlägen, Bädern usw.) ist.

Auf Vorschlag von Herrn Dr. *I. D. Perkel* haben wir deshalb die zu unserer Verfügung stehenden physikalischen Methoden, wie Belichtung mit künstlicher Höhensonne, Röntgenbestrahlung und Diathermiedurchwärmung ausgeprobt.

[1]) Abgekürzte Mitteilung nach einem in der Sitzung der Odessaer Dermato-Venerologischen Gesellschaft vom 14. 6. 1927 gehaltenen Vortrage.

Digitized by Google

Zwecks bequemerer Bewertung der von uns angewandten Verfahren teilten wir die Kranken in *drei Gruppen.*

In die *erste* Gruppe kamen Kranke mit großen, derben, zu Konglomeraten zusammengelöteten, fast völlig unverschieblichen, Schmerz und Unbehagen beim Liegen auf dem Rücken oder beim Arbeiten verursachenden Infiltraten, die als Resultat einer früheren Hg-Behandlung aufgetreten waren und der Wärmetherapie trotzten.

In die *zweite* Gruppe bezogen wir Kranke ein, die in verschiedener Tiefe der Glutäenmasse einzelne nuß- bis pflaumengroße, derbe, verschiebbare, nach Hg-Injektionen entstandene Knoten aufwiesen, neben denen zuweilen weniger derbe, oberflächlichere und schmerzhaftere von der Wismuttherapie herrührende Infiltrate vorhanden waren.

Die *dritte* Gruppe umfaßte Kranke mit Infiltraten, die 2 bis 4 Wochen nach Bi-Injektionen aufgetreten waren, oberflächlich, fast alle vereinzelt lagen, beträchtliche Größe bis zu der einer Flachhand und Schmerzhaftigkeit mit Anzeichen einer akuten Entzündung aufwiesen.

Mit *künstlicher Höhensonne* behandelten wir im ganzen 22 Kranke; von ihnen hatten 13 Hg- und Bi- und 9 nur Bi-Injektionen erhalten.

Von theoretischen Erwägungen ausgehend, führten wir die Höhensonnebelichtung nach zwei Methoden aus. Die erste bestand in einer allmählichen Vorbereitung der Haut zu einer beträchtlicheren nachfolgenden Einwirkung der Ultraviolettstrahlen. Die Methodik war folgende: Beide Glutäen wurden anfangs bei 1 m Abstand 5 Minuten lang bestrahlt; jede folgende Belichtung geschah in einer um 10 cm kleineren Entfernung bei gleicher Applikationsdauer. Von 50 cm an wurde die Bestrahlungsdauer allmählich bis zu 30 Minuten ausgedehnt. Die Belichtung wurde so lange fortgesetzt, bis die Haut beträchtlich pigmentiert wurde, wonach keine Reaktion mehr erzeugt werden konnte. Jede Kranke erhielt durchschnittlich 12—15 Sitzungen pro Kur. Nach dieser Methode behandelten wir 5 Kranke aus der ersten und 2 von der zweiten Gruppe. Die Ergebnisse waren folgende:

Während der Kur konnten wir keinen Rückgang in bezug auf Größe und Derbheit der Infiltrate beobachten; subjektiv gaben die Kranken eine Linderung der Schmerzhaftigkeit an. Nach Ablauf von 1 bis 1½ Monaten fühlten sich bei 3 Kranken

Digitized by Google

die Knoten weniger derb an und schienen etwas beweglicher; bei den übrigen 4 blieben sie unverändert.

Später behandelten wir dieselben Kranken nach der zweiten Methode, die weiter unten besprochen werden soll. Bei zwei Kranken dieser Gruppe wandten wir zwecks weiterer Resorption der Infiltrate Diathermiedurchwärmung an, unter deren Einfluß die Knoten weicher und beweglicher wurden.

Mit Rücksicht auf die geringen Erfolge gingen wir zur zweiten Methode über, bei der wir in der Haut der Glutäalgegend eine beträchtliche Hyperämie hervorriefen. Technik: Abstand 50 cm, Sitzungsdauer — abhängig von der Hautfarbe — 5 bis 10 Minuten. Auf solche Weise erzielten wir bei den Kranken eine heftige Reaktion der Haut, die heiß, feuerrot und sehr schmerzhaft wurde. Die Hyperämie hielt gewöhnlich 2 bis 4 Tage an. Die wiederholte Belichtung geschah bei derselben Entfernung, wobei die Dosis entweder erhöht oder unverändert blieb je nach dem Grade der Hautreaktion und dem Charakter der erhaltenen Pigmentation. Solche Belichtungen wurden je 3 bis 4 gegeben.

Nach diesem Verfahren bestrahlten wir 2 Kranke aus der ersten, 5 aus der zweiten und 8 aus der dritten Gruppe, im ganzen 15 Frauen. Von ihnen wurden 2 nur einmal belichtet, 2 entzogen sich der Beobachtung, so daß hier kein Urteil gefällt werden kann. Von den übrigen 11 Kranken erhielten wir bei 9 einen therapeutischen Effekt. So wurden bei 5 Kranken die Infiltrate vollständig resorbiert (sowohl Hg- wie Bi-Infiltrate). Bei 4 weiteren Fällen erzielten wir die Resorption von großen, frischen, akut entzündlichen Infiltraten, wobei jedoch in der Tiefe der Glutäen einzelne kleine steinharte Knoten zurückblieben, die erst nach der Resorption der oberflächlich gelegenen Verhärtungen fühlbarer wurden. Bei 2 Kranken konnte neben der Verkleinerung der Knoten Gingivitis als Folge der Hg-Resorption bemerkt werden.

Die *Röntgenbehandlung*, welche die Möglichkeit gibt, die Infiltrate selbst zu treffen, benutzten wir bei 9 Kranken, wobei die Technik je nach der Konsistenz, Dauer, Intensität und Tiefe der Infiltrate verschieden war.

Wie bei der Quarzbelichtung konnten auch hier die besten Erfolge bei den frischen entzündlichen Fällen erzielt werden. Bereits nach einigen Stunden oder einem Tag nach der ersten Bestrahlung machte sich ein Nachlassen der Schmerzhaftigkeit und große Erleichterung bemerkbar, eine Wirkung, die wir auch

Digitized by Google

bei den Salvarsanomen in der Ellenbeuge feststellen konnten (Nachlaß der Schmerzen, bessere Beweglichkeit).

Unter dem Einfluß der Röntgentherapie wurden die Hg- und Bi-Infiltrate dieser dritten Gruppe schnell verkleinert und verschwanden nach 2—3 Tagen gänzlich, oder es hinterblieb eine unbedeutende diffuse Verhärtung oder Resistenz.

Die Technik der Bestrahlung war in diesen Fällen folgende: Die Umgebung wurde durch Blei geschützt und auf das Infiltrat ½ ED unter 1 mm Al-Filter verabreicht; manchmal wurde nach 10tägigem Intervall diese Dosis wiederholt. Es sei hier bemerkt, daß die entzündete Haut, wie zu erwarten war, sehr empfindlich gegen Röntgenstrahlen ist. Wir erhielten in einem Falle nach der zweiten Sitzung eine wiederholte Reizerscheinung, die aber bei entsprechender Behandlung schnell beseitigt werden konnte. Die gleiche Erscheinung beobachteten wir bei der Bestrahlung von Salvarsanomen.

Derbe, unverschiebbare, tiefgelegene Knoten darstellende Infiltrate benötigen größere Dosen und längere Zeit; ihre Resorption geht langsamer vor sich; die Behandlung verzögert sich, da zwecks Schonung der Haut lange Intervalle gegeben werden müssen. Auch hier schwindet zuerst die Schmerzhaftigkeit; dann wurde ein Teil der Knoten kleiner und beweglicher, ein Teil völlig resorbiert. In jeder Sitzung wurden 4—5 H unter 3 mm Al-Filter appliziert; Intervalle von 4—6wöchiger Dauer.

In den Fällen, wo einige Infiltrate eine große knorpelartig derbe Verhärtung aufwiesen, vergesellschafteten wir die Röntgenbestrahlung mit tiefer Durchwärmung mittels der Diathermieapparatur und, wie uns unsere kleine Erfahrung zeigte, nicht ohne Nutzen, indem die ausgedehnten Verhärtungen sich in einzelne Knoten auflösten. Die Durchwärmung mit dem Diathermiestrom wurde in der Weise ausgeführt, daß die Kranken sich mit den Glutäen auf die aktive Elektrode legten, während die indifferente auf den oberen Teil der Vorderfläche des Oberschenkels appliziert wurde.

Die Technik der Röntgentherapie haben wir noch nicht endgültig festgestellt; das Material ist noch zu geringfügig. Sehr wertvoll erscheint schon die bei allen Kranken beobachtete beträchtliche Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit oder ihr Schwinden, eine Wirkung, die mehrfach in der Literatur hervorgehoben wurde. Was die resorbierende Wirkung der Röntgenstrahlen anlangt, wird diese auch bei verschiedenen Krankheiten wie bös-

Digitized by Google

artigen Tumoren, chronischen entzündlichen Infiltraten, Acne indurativa u. a. betont.

Fassen wir unsere Beobachtungen über die Infiltratbehandlung mit *künstlicher Höhensonne* zusammen, so kann gesagt werden: 1. In einer Reihe von Fällen, bei denen eine dauernde Behandlung mit Wärmeapplikation vergeblich war, führt die Quarzlichtbestrahlung zur völligen oder doch beträchtlichen Resorption der Infiltrate. 2. Der Grad des therapeutischen Effektes hängt vom Charakter der Verhärtungen, ihrer Dauer, Derbheit, Beweglichkeit und Tiefe ab, wofür der Umstand als Beweis dienen kann, daß nur bei unserer zweiten und dritten Gruppe günstige Resultate erzielt wurden. 3. Eine große Bedeutung kommt der Methodik der Bestrahlung zu: Resorption der Infiltrate wurde bei allen Kranken, bei denen eine beträchtliche dauernde Hyperämie erzeugt wurde, also bei Behandlung nach unserem zweiten Verfahren, erreicht.

Was die *Röntgenbehandlung* anlangt, so kann folgendes gesagt werden: 1. Sie ist indiziert, wenn die Infiltrate tief sitzen und die Höhensonne sich als weniger wirksam erwies. 2. Je frischer der Fall ist, desto schneller ist der Effekt von der Behandlung. 3. Bei frischen, mit entzündlichen Erscheinungen einhergehenden Verhärtungen ist es ratsamer, kleinere fraktionierte Dosen zu geben. 4. Die Röntgenbestrahlung setzt die Schmerzempfindung schnell und wirksam herab und ist darum bei der Infiltratbehandlung von besonderem Wert. 5. In Fällen von konfluierten steinharten Infiltraten, bei denen Quarzlampe und Röntgen versagen, kann Durchwärmung mittels Diathermiestrom empfohlen werden.

Digitized by Google

III.

Zur dermatologischen Statistik (unter besonderer Berücksichtigung der Recklinghausenschen Krankheit und der Myome).

Von

Dr. ULRICH SAALFELD
(Berlin).

Im folgenden sollen einige theoretische Erwägungen sowie als Ergebnis praktischer Untersuchungen einige Zahlen mitgeteilt werden.

Bei jeder größeren oder monographisch angelegten Arbeit ergibt sich die Notwendigkeit, gewissen individuellen Krankheitseigentümlichkeiten wie Alter, Geschlecht, Rasse usw. nachzugehen. Bei unseren Vorarbeiten zu dem im Erscheinen begriffenen Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten sind wir nun bei Durchsicht der Literatur zu Zahlen gekommen, die von den bisher bekannten und als gültig betrachteten abwichen. Das veranlaßte uns, das Zustandekommen dieser Zahlen einer kritischen Durchsicht zu unterziehen.

Bei der Recklinghausenschen Krankheit (M.R.) ist es wesentlich, das Alter festzustellen, in dem die verschiedenen Symptome zuerst aufzutreten pflegen. Bei dieser Feststellung stoßen wir schon auf Schwierigkeiten, weil wir weniger auf eigene Beobachtungen als auf unzuverlässige Angaben vielfach geistig minderwertiger Kranker und bisweilen ebensolcher oder zum mindesten unkritischer und schlecht beobachtender Angehöriger angewiesen sind. Außerdem werden die ersten Symptome, wie die völlig störungslosen Pigmentveränderungen besonders leicht übersehen. Wenn bei kleinen Kindern wenig Fälle von M.R. nachgewiesen sind, so sagt das unter anderem, daß wenig kleine Kinder den Ärzten vorgestellt worden sind, was sich je nach der Mentalität der Bevölkerung in verschiedenen Ländern und der verschiedenen Bevölkerungskreise richtet. Wir können aus eigener Erfahrung mitteilen, daß wir mehrfach den M.R. als zufälligen Nebenbefund entdeckten. Was nun seine Häufigkeit bei den beiden Geschlechtern betrifft, so konnte bis 1903 *Adrian* 447 Fälle zusammenstellen, bei denen er 65 % männliche und 35 % weibliche Beteiligung feststellte. *Versé* gibt das Verhältnis

Digitized by Google

von männlich zu weiblich mit 4:3 an. Wir selbst konnten aus der klinischen Literatur nach Erscheinen des Mracek, soweit wir Angaben über das Geschlecht vorfanden, 134 männliche und 130 weibliche Fälle zusammenstellen. Wiewohl bei einer verhältnismäßig so seltenen Krankheit ein Interesse an der Mitteilung des Geschlechts vorliegt, finden wir in einer Anzahl von Fällen, die wesentlich größer als die von mir mitgeteilte ist, hierüber bei den Referenten der Krankenvorstellungen leider keine Angaben. Wir sehen einen allmählichen Ausgleich in der Beteiligung der Geschlechter. Die *Adrian*sche Veröffentlichung stammt aus dem Jahre 1903. Vielleicht, daß in den früheren Jahrzehnten, wie übrigens auch noch heute, die Frauen sich schwerer entschlossen, den Arzt aufzusuchen. Auch wirtschaftliche Momente spielen hier eine Rolle. Es kommen ja nicht nur Mitteilungen aus öffentlichen Instituten, sondern auch von Privatärzten in Frage. So hat die Zunahme der Frauenarbeit und die jetzt großenteils in Deutschland durchgeführte Familienversicherung vielen Frauen bei subjektiv unbedeutenden Krankheiten, wie z. B. der Recklinghausenschen, den Weg zum Arzte erleichtert, was sich im Laufe der Jahrzehnte in der Statistik auswirken kann. Maßgeblich wäre hier nur die prozentuale Beteiligung der an M.R. leidenden Männer und Frauen an der männlichen bzw. weiblichen Gesamtfrequenz irgendeiner großen Poliklinik im Verlauf der letzten Jahrzehnte, aber andererseits aus den oben erwähnten Gründen einer nicht zu langen Zeitspanne.

Die Methodik, die *Adrian*schen Zahlen mit den meinigen zu addieren und somit zu einem neuen Prozentverhältnis zu kommen, das sogar den Vorzug der größeren Zahlen hätte, erschien mir aus den obigen Gründen falsch. Ich beschränke mich auf meine kleineren Zahlen und komme zu dem Schluß, daß der M.R. in gleicher Häufigkeit bei Männern wie bei Frauen vorkommt.

Wenden wir uns der Frage des Malignewerdens, der sarkomatösen Entartung, des M.R. zu, so sollen nach *Garrè* (1892) 12% der multiplen Neurofibrome sarkomatös entarten. *Adrian* (1903) gibt fast die gleiche Zahl an; doch scheint uns dieser Prozentsatz reichlich hochgegriffen zu sein. Wir fanden in der neueren Literatur nur wenige Angaben. Hierbei ist zu bedenken, daß ein auf die Zahl der Veröffentlichungen bezogenes Prozentverhältnis unzutreffend ist, da bei weitem neuerdings nicht mehr jeder Fall von Recklinghausen zur Veröffentlichung kommt, vielmehr in erster Linie die interessanten Fälle, zu denen ja die sarkomatöse Entartung zu rechnen ist. Wir haben unter diesen

Digitized by Google

Umständen auf jeden Versuch einer prozentualen Feststellung nach klinischen Gesichtspunkten verzichten zu müssen geglaubt.

Da nun die Recklinghausensche Krankheit im Laufe eines Menschenalters sich weder in ihrer Geschlechtsgebundenheit noch in ihrer Prognose geändert haben dürfte, komme ich zu dem Schluß, daß derartige medizinische Statistiken unter sorgfältiger Prüfung ihrer medizinischen und sozialen Grundlagen verwertet werden müssen. Es geht nicht an, Beobachtungen über ein Thema, auch aus demselben Institut, aus einer Reihe von Jahrzehnten ohne weiteres zu verwerten. Das Interesse eines Chefs oder eines Assistenten läßt plötzlich eine Zeitlang ein Krankheitsbild häufiger in der Statistik erscheinen, was durchaus nicht einer tatsächlichen Zunahme der Erkrankung zu entsprechen braucht. Im selben Sinne wirken andere von außen kommende Einflüsse sowie Verbesserungen der klinischen oder Laboratoriumsmethoden, die zur leichteren Erkennung einer Krankheit beitragen. Schließlich spielen soziale Momente, wie oben erwähnt, eine Rolle.

Als zweiten Punkt bespreche ich die Häufigkeit der *Hautmyome* bei Männern und Frauen. Während die ersten Veröffentlichungen über dieses immer noch seltene Krankheitsbild ein Überwiegen des weiblichen über das männliche Geschlecht feststellen zu können glaubten, drehten spätere Mitteilungen dieses Verhältnis um. Aber auch diese operierten noch mit sehr kleinen Zahlen. Wir konnten nun unsere Aufstellung mit 42 Männern und 20 Frauen zum Abschluß bringen. Wir glauben daher feststellen zu können, daß das Hautmyom im Verhältnis 2:1 bei Männern und Frauen vorkommt.

Zusammenfassung:

1. Medizinische Statistiken müssen unter genauer Beachtung des Prinzips ceteris paribus verwertet werden. Hierfür wird als Beispiel die Statistik der Recklinghausenschen Krankheit herangezogen.

2. Die Beteiligung der beiden Geschlechter an der *Recklinghausenschen Krankheit* ist die gleiche.

3. Die Angabe von *Garrè* (1892) und *Adrian* (1903), die in 12% der Fälle Malignewerden der Recklinghausen-Tumoren feststellten, erscheint nach neueren Veröffentlichungen wesentlich zu hoch gegriffen.

4. Das Verhältnis der *Hautmyome* bei Männern und Frauen ist nach unserer Statistik (42:20) mit 2:1 zu bezeichnen.

Digitized by Google

IV.

(Aus der Hautklinik der Königl. Ungar. Elisabeth-Universität in Pécs [Ungarn] [Direktor: Prof. Dr. *S. C. Beck*].)

Die Behandlung des hypertrophischen und ulzerösen Lupus mit Neosalvarsan.

Von

Dr. PAUL BALOG
(d. Z. in Kairo).

Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut können wir vom Standpunkte der praktischen Behandlung und Prognose in zwei große Gruppen teilen. Auf der einen Seite stehen die gutartigen, leicht beeinflußbaren, teilweise von selbst zur Heilung neigenden Formen, sowie die weniger gutartigen Lupusherde, wenn sie von kleinem Umfange, scharfkantig und vollständig auszurotten sind. In die zweite Gruppe können wir jene tuberkulösen Prozesse einreihen, die von größerer Ausdehnung sind, verwaschene Grenzen besitzen und ein oder das andere Mal wieder zu Geschwürs- oder Granulationsbildung führen. Auch können die Herde sehr zahlreich auftreten oder aus anderen Ursachen schwer zu behandeln sein. In diesen Fällen steht der Arzt vor einer schweren, wenn nicht unüberwindbaren Aufgabe, und wegen dieser Schwierigkeiten muß uns jedes neue Verfahren willkommen sein, das uns in diesem schweren Kampf nur um einen Schritt vorwärts bringt.

Herxheimer und *Allmann* teilten im Jahre 1911 ihre bei Lymphknoten- und Hauttuberkulose ausgeführten Versuche mit; sie machten die Erfahrung, daß nach Salvarsaneinspritzungen Herdreaktionen auftreten, in einigen Fällen sogar auch eine merkliche Besserung der Erkrankung folgte.

Seither befaßten sich verschiedene deutsche und französische Autoren mit dieser Frage; trotzdem ein großer Teil der Versuche von Erfolg begleitet war, wurde deren Exaktheit von einigen Autoren angezweifelt. Tatsächlich ist es ein großer Schönheitsfehler der Versuche, daß mehrere Kranke außer den tuberkulösen Veränderungen teils an manifester, teils an latenter Lues gelitten haben. Demzufolge ließen sich auch Stimmen hören, die die Wirkung des Salvarsans auf die Hauttuberkulose nicht bezweifelten,

Digitized by Google

jedoch behaupteten, daß es diese Wirkung nur auf syphilitischem Terrain, also im luetisch infizierten Organismus auszuüben vermag. Da einerseits die Versuche nicht systematisch durchgeführt wurden, andererseits das ungenügende zusammengewürfelte Krankenmaterial nicht die nötige Übersicht gestattete, entsprechen die Erfolge nicht immer den berechtigten Anforderungen der Kritik; die Frage ist auch mit der Zeit in Vergessenheit geraten[1]).

S. C. Beck war der erste, der die Versuche zielbewußt und systematisch wieder aufgenommen hat. Seine Versuche bestätigten die antituberkulöse Wirkung des Neosalvarsans und gaben auch eine klare Begrenzung seines Wirkungsfeldes. Die ersten Kranken von Prof. *Beck* litten außer an tuberkulösen Hautkrankheiten noch an latenter bzw. manifester Lues und wurden eben aus diesem Grunde antiluetisch behandelt. Da sich während der Behandlung auch die tuberkulösen Symptome zurückbildeten, wendete *Beck* seine Aufmerksamkeit solchen Kranken zu, die an einer Hauttuberkulose litten, und hat bei denselben die Behandlung mit Neosalvarsan versucht; er erzielte bei einigen Formen von Lupus ausgezeichnete Erfolge, wogegen bei anderen bald weniger, bald überhaupt keine Besserung eintrat. Der Fehler der früheren Forschungen war, daß wegen der nebenbei vorhandenen Lues die reine Wirkung des Salvarsans auf die Tuberkulose schwer festzustellen war. Zur Eliminierung dieses Fehlers wurde in jedem Falle das Blutserum der Wassermannschen Reaktion unterzogen, ebenso, wenn nur irgend möglich, die histologische Untersuchung der aus den Lupusherden durch Probeexzision gewonnenen Gewebsstücke vorgenommen.

Aus *Becks* Arbeiten geht hervor, daß sich die einzelnen Krankheitsformen des Lupus der Neosalvarsantherapie gegenüber verschieden verhalten; am raschesten und vollkommensten reagieren die zur Geschwürsbildung neigenden und mit massiger Granulation einhergehenden Lupusfälle, wogegen die knotenreichen, weniger entzündeten Formen kaum oder überhaupt keine Besserung zeigen. Auf vollkommene Heilung können wir mit der reinen Neosalvarsantherapie selten rechnen, nachdem der eigentliche Herd der Erkrankung, der Lupusknoten, eine schlechte Blutversorgung hat und daher der Wirkung des Mittels kaum zugänglich ist. Das Granulationsgewebe hingegen,

[1]) *Berings* Erfolge mit Neosilbersalvarsan bei *Lupus erythematodes* und *Ramels* Feststellungen über *Mischinfektion von Lues und Tuberkulose,* auf die mich Herr Prof. *Hoffmann* aufmerksam gemacht hat, können hier nur kurz erwähnt werden.

Digitized by Google

von seinem Umfange unabhängig, kann vollkommen resorbiert, die Geschwüre ausgefüllt und mit Epithel überzogen werden, so daß die Lupusknoten isoliert besser hervortreten und der Behandlung leichter zugänglich sind. Das Neosalvarsan ist also bei der Bekämpfung gerade jener tuberkulösen Hautkrankheiten am erfolgreichsten, die für den Arzt eine schwere Aufgabe bilden, und bei denen bisher nur eine geringe Hoffnung auf Heilung vorhanden war.

Bei der Dosierung des Neosalvarsans können wir uns gewöhnlich an ein bestimmtes Schema halten; nur in seltenen Fällen müssen wir wegen Empfindlichkeit vorsichtiger vorgehen. Wir injizieren in 4—5tägigen Zeitabständen bis zu 0,45 g (größere Dosen beschleunigen die Heilung nicht) so lange, bis die Rückbildung der Herde beendet ist, bzw. keine weitere Besserung mehr zu erzielen ist. Das nach der Kur noch vorhandene pathologische Gewebe entfernen wir mit einem der bekannten Lokalverfahren, uns immer den gegebenen Verhältnissen anpassend.

Im Auftrage des Herrn Prof. *Beck* setzte ich seine Versuche fort, und meine Resultate, wie dies aus dem Nachfolgenden hervorgeht, stimmen nicht nur mit seinen Resultaten überein, sondern ich glaube, daß es gelungen ist, dem Wirkungsfeld des Neosalvarsans auf die Tuberkulose noch etwas weitere Grenzen zu stecken.

Mein Bericht umfaßt folgende Fälle:

1. Frau *F. I.* Leidet seit 15 Jahren an Hauttuberkulose. Gegenwärtig: Geschwür, weiche papillomatöse Wucherungen und verruköse Herde tuberkulöser Herkunft. Nach 4 Neosalvarsanspritzen Heilung des Geschwüres; 13 Einspritzungen ließen alle Läsionen verschwinden, nur die verhornenden Herde bedurften einer Kohlensäureschneebehandlung.

Der erste Fall ist deshalb besonderer Beachtung wert, weil die Veränderungen meistens aus Granulationsgewebe bestanden und dieses „intertuberkuläre" Gewebe auf bloße Darreichung von Neosalvarsan vollständig resorbiert wurde; eine lokale Behandlung war nur bei den Knoten und verrukösen Teilen notwendig.

2. *V. I.* Ausgedehnter, ulzeröser und wuchernder Lupus der Wange. 5 Spritzen genügten zur Heilung der Geschwüre, weitere 15 zur Resorption der Granulationen.

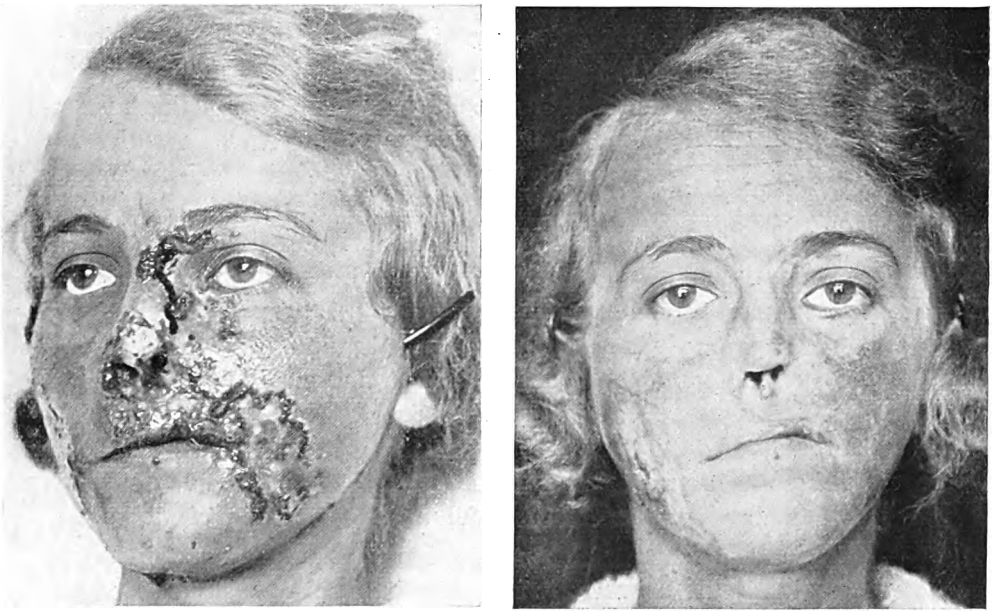
3. *A. L.* Wuchernder und geschwüriger Lupus der Wange, des Schamhügels und des Oberschenkels von ziemlich starker Ausdehnung. Nach 8 Injektionen zeigten alle Herde, besonders die der Wange, bedeutende Abplattung. Abbruch der Behandlung wegen äußerer Ursachen.

4. *K. B.* Beiderseitiger Gesichtslupus mit mittelmäßiger Infiltration. Nach 11 Neosalvarsanspritzen ist eine bedeutende Abflachung zu beobachten.

Digitized by Google

5. *P. Gy.* Von Narben durchsetzter Lupus vulgaris der Wange. Nach 12 Neosalvarsaneinspritzungen sind die Veränderungen von viel blasserer Farbe, die Infiltration hat aber nur unbedeutend nachgelassen, was auf die zahlreichen Narbenzüge zurückzuführen ist.

Bisher sprachen wir nur von der Therapie der Hauttuberkulose. Bei der Beobachtung des nächsten Kranken aber, dessen Mundschleimhaut nebenbei vom tuberkulösen Prozeß mitergriffen war, hat es sich herausgestellt, daß das Neosalvarsan auch in solchen Fällen ausgezeichnete Dienste leistet. Dies ist



Fall Nr. 2. Vor und nach der Behandlung.

um so wichtiger, als es im allgemeinen keine leichte Aufgabe ist, die Herde, die die Mundschleimhaut befallen haben, zu erreichen und gründlich zu entfernen.

6. *R. J.* Granulierender und ulzeröser Lupus der Wange und der Nase, mit Zerstörung der Nasenspitze; ausgedehntes tuberkulöses Geschwür des harten Gaumens. Nach 15 Injektionen sind die Geschwüre der Haut wie auch des harten Gaumens vollkommen geheilt. Die Wangenherde zeigen auch eine deutliche Besserung, bei der histologischen Untersuchung finden sich aber unversehrte Tuberkel, nur das zwischen ihnen früher bestandene Infiltrat ist resorbiert worden.

Die bisherigen Fälle zusammenfassend sehen wir, daß bestimmte Formen der Hauttuberkulose zur Neosalvarsanbehandlung geeignet sind. In erster Linie kommen die tuberkulösen

Digitized by Google

Geschwüre der Haut und der Schleimhäute in Betracht, zweitens die Granulationsgewebe produzierende Hauttuberkulose; je massiger, weicher und gefäßreicher das Granulationsgewebe, desto größer die Aussicht auf völlige Resorption, je mehr Bindegewebsfasern es enthält, desto unwahrscheinlicher der Erfolg, da das faserige, kallöse Gewebe eine nur beschränkte Veränderlichkeit besitzt. Völlig ungeeignet für die Neosalvarsantherapie sind jene Krankheitsformen, bei denen die Tuberkel in scheinbar gesundem Gewebe ohne jede sichtbare entzündliche Reaktion liegen.

Wir wissen heute bereits, daß die antiluetische Wirkung des Salvarsans nicht nur durch seinen Arsengehalt, sondern zum großen Teil auch durch sein Reduktionsvermögen bedingt ist. Im Körper wird nämlich das Salvarsan stufenweise oxydiert, wobei der dazu notwendige Sauerstoff den Zellen seiner Umgebung entzogen wird. Die Körperzellen des Menschen halten aber ihren Sauerstoff recht stark fest, so wird also der zur Oxydation des Salvarsans nötige Sauertoff allererst den Spirochäten entzogen. Nun verfügt aber die Spir. pall. nur über eine minimale Sauerstoffreserve und ist dabei noch nicht einmal befähigt, dieselbe zu schützen, so daß sie kurzerhand zugrunde geht, man könnte wohl sagen, erstickt. Das Spezifische der Salvarsanwirkung ist also darin zu erblicken, daß von ihm in erster Reihe diejenigen Zellen eine chemische Reduktion erleiden, welche am wenigsten der Sauerstoffentziehung widerstehen können.

Diese Tatsachen müssen unseren Ausgangspunkt bilden, wenn wir für die Salvarsanwirkung gegen die Tuberkulose eine Erklärung finden wollen.

Die Tuberkelbazillen an sich werden von dem Mittel nicht geschädigt, zumal es nicht imstande ist, durch die Lipoidmembran in den Körper derselben einzudringen. Wie bereits vorhin erwähnt, zeigen sich nach einer Neosalvarsankur an den gesunden menschlichen Körperzellen gleichfalls keine Veränderungen; so können wir den Angriffspunkt des Salvarsans nur noch in die durch den Tuberkelbazillus krankhaft veränderten Körpergewebe verlegen, und dabei können auch nur solche Gewebspartien in Betracht kommen, welche für das im Blutkreislauf vorhandene Neosalvarsan zugänglich sind, also z. B. das Granulationsgewebe. Die Tuberkel selbst bleiben ungeschädigt, da sie keine Gefäßversorgung haben. Das tuberkulöse Granulationsgewebe entsteht durch die Vermehrung kranker, in ihrem chemischen Gefüge durch die Tuberkulotoxine gestörten Zellen. Diese pathologischen Zellarten haben ohnehin Neigung zu nekrobiotischen, mit Zerfall einhergehenden Umwandlungen, und es ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß sie den an ihr Plasma gebundenen Sauerstoff nicht mit der nötigen Zähigkeit zurückzuhalten vermögen, und so derselbe in erster Reihe

Digitized by Google

vom Salvarsan entzogen wird. Bei dem ohnehin labilen chemischen Gleichgewicht dieser Zellen genügt wohl diese geringfügige Störung, um den Vorgang des definitiven Zerfalles und den Zelltod herbeizuführen. Würden sie auf einmal in größeren Mengen untergehen, so fiele das Granulationsgewebe der Verkäsung anheim, und die abgestorbenen Massen müßten zur Oberfläche durchbrechen, um von dort unter Bildung eines tuberkulösen Geschwüres abgestoßen zu werden. Es kommt aber nie so weit, denn das Granulationsgewebe wird von der Wirkung des Neosalvarsans nur stufenweise betroffen. Während nämlich das Neosalvarsan zwischen gesunden Zellen zirkuliert, erleidet es nur wenig Veränderungen (dies gilt natürlich nur für die der Einspritzung folgende Zeit, denn früher oder später wird auch vom gesunden Organismus so viel Sauerstoff abgespalten, als zur Oxydation des Salvarsans nötig ist). Sowie aber das Medikament die seitlichen Partien der Granulation erreicht, erhält es auch mit einem Schlage die zu seiner Verbrennung genügende Sauerstoffmenge; es dringt also schon in oxydiertem Zustande ins Innere der Granulation, so daß es dort keine Wirkung mehr ausüben kann. Jene äußeren Gewebsschichten, welche bei den einzelnen Injektionen von der Blutbahn her mit dem Mittel zuerst in Berührung kommen, dichten also die tieferen Schichten nach ihrer erfolgten Reduktion sozusagen ab. So werden bei den einzelnen Injektionen nur verhältnismäßig wenige Zellen abgetötet, nur so viele, als noch auf dem Wege des Blutstromes entfernt werden können. Die inneren Schichten kommen erst allmählich nach Resorption der äußeren daran, was auch im klinischen Bilde darin zum Ausdruck gelangt, daß die Abflachung der Granulome an ihrer Peripherie beginnt und in zentripetaler Richtung fortschreitet.

Die tuberkulösen Geschwüre entstehen durch Zerfall des tuberkulösen Granulationsgewebes; ihr Grund pflegt von einer eiterig-käsigen, abgestorbenen Gewebslage bedeckt zu sein, worunter sich eine dünne, mehr oder weniger nekrobiotische Granulationsschicht ausbreitet. Diese Schicht wird, dank ihrer geringen und mehr flächenhaften Ausdehnung, vom Neosalvarsan auf dem oben beschriebenen Wege bald zum Schwinden gebracht. Der Belag stößt sich alsdann, seiner Unterlage beraubt, ab, und es bleibt nunmehr nur noch ein banaler Wundheilungsprozeß übrig. Der Gewebsdefekt wird kurzerhand ausgefüllt, und damit ist auch die Heilung der Affektion vollendet.

Literaturverzeichnis.

Siehe bei *S. C. Beck*, Derm. Ztschr. Bd. XLII. Heft V.

Digitized by Google

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. November 1927.

Vorsitzender: *Hudelo.*

Zum Protokoll: Sézary und *Barbé:* Über die Behandlung der Paralyse mit Injektionen von natronhaltigem Stovarsol.

Verfasser stellen die Diskussionsbemerkung von *Milian* richtig, nach der es scheinen könnte, als ob *Arsacetin* und *Stovarsol* identisch seien. Arsacetin ist ein Abkömmling des Atoxyls.

Zum Protokoll: Gougerot: Unwirksamkeit spontaner Malaria zur Prophylaxe; „Heilung" einer Paralyse durch Malariatherapie.

Im 11. Jahre der Infektion Paralyse, trotz einer im 2. und 3. Jahre der Syphilis durchgemachten schweren Malaria; nach Malariatherapie weitgehende Besserung des Liquorbefundes und des Allgemeinbefindens.

Gougerot und *Carteaud:* Pigmentierte Papillomatosis. Casus pro diagnosi.

Eigenartige Erkrankung bei einer 21jährigen Frau.

Lortat-Jacob und *Poumeau-Delille:* Ein Fall von tuberkulösem Ulkus der Lippe.

„Tuberculosis ulcerosa" bei offener Lungentuberkulose.

Lortat-Jacob und *Poumeau-Delille:* Ein Fall von zosterförmiger Syphilis.

Die zosterförmige Anordnung syphilitischer Papeln fand sich im 8. linken Interkostalraum.

Hudélo und *Barbé:* Hemiplegie des Gesichtes im Laufe einer Arsenobenzolbehandlung (914), 6 Wochen nach Auftreten des Schankers bei einem Kranken mit Kopf- (Kinn-) Schanker.

Milian: Pigmentierte periorale Dermatose nach *Brocq.*

Die Erkrankte war seit 3 Jahren befallen. Histologisch bedeutende perivaskuläre Infiltrate mit Endovaskulitis. Heilung nach antisyphilitischer Behandlung.

Lucien Périn: Streptokokken-Impetigo und Pityriasis rosea Gibert.

P. sah mehrfach die Entwicklung von Pityriasis rosea Gibert im Anschluß an Streptokokken-Erkrankungen und stellt einen solchen Fall (9jähriges Mädchen) vor.

Ausführliche Diskussion.

Louste, Vanbockstael und *Cailliau*, 2 Fälle von Naevo-Karzinom. Demonstration. Aussprache über die Behandlung: Diathermie-Koagulation *(Louste, Ravaut)*, Elekrolyse *(Darier)*, ferner *Cottenot* (Elektrokoagulation).

P. Chevallier und *P. Flandrin:* Herdförmige Keratodermie an Händen und Füßen bei einem Erwachsenen.

Marcel Pinard, P. Vernier und *Frl. Corbillon:* Auftreten eines syphilitischen Schankers bei einem Kranken, der vor der Ansteckung und während der Inkubation mit Wismut behandelt wurde.

Der 39jährige Patient bekam in der genannten Zeit 12 Injektionen Quinby. Der Schanker am Bändchen hatte Getreidekorngröße.

Aussprache: *Milian, Clément Simon, Lortat-Jacob, Queyrat, Hudelo, Jausion* und *Pecker:* Über die intravenöse Anwendung eines neuen löslichen Wismut-Salzes, Wismutoxydiäthyldikarboxyldiaminoisobutyrat.

Gut verträgliches und wirksames Präparat. Prüfung an 16 Kranken. Tierexperimentelle Toxizitätsprüfungen.

Digitized by Google

Debucquet, Jausion und *Pecker:* Versuch einer Heilung der Psoriatiker durch ein neues Arsenpräparat: das Emetikum Arsenpyridin, kombiniert bei intravenöser Anwendung mit Wismutoxydiäthyldikarboxyldiaminoisobutyrat.

Bericht über erfolgversprechende Anwendung des neuen Wismutpräparates bei 15 Psoriatikern. Bei jeder Injektion werden 0,025 g des löslichen Wismutsalzes und 0,05 g des Arsenpyridins in der Mischspritze verabfolgt.

P. Moure: Eine chirurgische Epilationsmethode.

Vortragender hatte gute Erfolge bei Benutzung der Kopfhaut zur Lappenplastik (etwa der Oberlippe). Bei Frauen gelang Epilation während der Operation durch Entfernung der Haarwurzeln von der Hinterseite des Lappens mittels scharfen Löffels oder der Schere.

Labernadie: 3 Fälle von Zoster, der bei Leprösen während der Behandlung auftrat.

Außer Arsen und Wismut können auch die Äthylesther des Chaulmoograöles Zoster hervorrufen.

Marceron und *J. Imbert:* Ein Fall von morbilliformem Erythem im Verlaufe einer Behandlung mit intravenösen Injektionen von Akridin.

Das Erythem erschien am 13. Tage nach der ersten Injektion. Gleichzeitig bestand starke Stomatitis. 16% Eosinophile. Kein Rezidiv auf Trypaflavin bzw. Gonakrin.

Marceron: Über gewisse Exantheme im Verlaufe einer Behandlung mit intravenösen Akridin-Injektionen.

Besprechung früherer eigener Beobachtungen.

Bizard und *Marceron:* Behandlung der Psoriasis mit ultravioletten Strahlen in hohen Dosen.

Guter Erfolg bei Verabreichung von Erythemdosen in einem Falle.

A. Sézary und *F. Benoist:* Gonorrhoisches Ulkus am Meatus. Bedeutende Besserung durch Verbände mit Antigonokokken-Serum.

A. Sézary und *F. Benoist:* Ausbruch von Lungentuberkulose nach Ulkus-molle-Vakzine.

Die pathogenetische Rolle der Dmelcos-Vakzine steht hinsichtlich des Ausbruchs der Tuberkulose nicht ganz fest.

Jeanselme und *Burnier:* 3 Fälle von Lichen planus, die während der Behandlung mit Novarsenobenzol auftraten.

P. Chevallier und *Burnier:* Hidradenome.

Befallen waren bei einer 43jährigen Frau die Umgebung der Augen, Brust und Bauch seit 20 Jahren. Klinische und histologische Abbildungen.

Burnier: Die intravenösen Brom-Injektionen bei der Behandlung von Ekzemen und pruriginösen Dermatosen.

Gute Erfolge; allerdings besteht Möglichkeit zu Rezidiv.

E. Zurhelle (Bonn).

Digitized by Google

Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiew.

Sitzung am 24. Dezember 1927.

Vorsitzender: *A. Lurie.* Schriftführer: *L. Slutzky.*

1. *E. Lewin* (Abt. *A. Lurie*) zeigte einen 21jährigen Mann, der seit der Kindheit an *konstitutioneller Purpura* (Frank.) leidet. Rumpel-Leede, Koch, Bruchfestigkeit stark positiv. Keine Retraktion des Blutgerinsels selbst nach 24 Stunden. Blutgerinnung 9—17 Min. nach Vierordt. Im Urin Erythrozyten 5—6 im Gesichtsfelde. Im Blute Leukozyten 4410, Neutroph. 64%, L. 26%, E. 3%, Mm. 7%. Starke Thrombopenie. Blutungszeit 22 Min. Zwei Brüder des Patienten leiden an derselben Affektion.

2. *B. Buzak* und *B. Borowsky* zeigten eine 27jährige Patientin mit im Laufe eines Jahres spontan entstandenen zahlreichen (230) *Keloiden.* Lokalisation der gelbrosaroten Papeln an der Brust, den oberen Extremitäten. An der Stelle der exstirpierten Papel bildete sich ein Keloid. Mikroskopisch: leichte Keratose, Vakuolisation der Retezellen, platte sklerosierte Papillen. Die Faserbündel des Str. reticulare verdickt, durch Hohlräume voneinander getrennt.

3. *S. Poplansky* (Klinik *A. Tischnenko*) zeigte einen 72jährigen Juden mit *Pemphigus vegetans* resp. Dermatose bulleuse et pustuleuse végétante de Hallopeau der beiden Unterschenkel. Die Effloreszenzen bestehen aus lentikulären bohnengroßen Papeln, die allmählich an Dimension zunehmen und sich zu anscheinend miteinander konfluierenden Blasen entwickeln, die von ringförmig gelagerten Vegetationen umgeben sind. Der Inhalt der Blasen ist steril.

4. *E. Back-Slutzky* (Zentrale Kinder-Polikl.) zeigte ein 14jähriges Mädchen mit *Angiokeratoma Mibelli.* An den seitlichen Fingerflächen der linken Hand (am 3., 4. und Kleinfinger) an der Streckseite des Mittelfingers sieht man stecknadelkopf- bis linsengroße Knötchen von rotblauer Farbe. Manche mit rauher, warziger Oberfläche. An der Streckseite des Kleinfingers eine flache, derbe, graue Papel, durch die erweiterte Gefäße in Form von kleinen roten Pünktchen durchschimmern. Am rechten Oberarm ein tief gelagertes Kavernom. Mantoux stark positiv. Wa.R. = negativ. Innere Organe klinisch, röntgenologisch o. B. Patientin, deren Vater, 3 Geschwister und 2 Tanten leiden an Perniones.

5. *Dieselbe.* — *Lupus miliaris disseminatus facile et trunci; papulonekrotische Tuberkulide an den Streckseiten der Extremitäten und Scrophuloderma am l. Fußrücken und l. Oberarm* bei einem sonst kräftigen 2 Jahre 6 Monate alten Kinde. Vom Lupus miliaris sind die Nasenspitze und Nasenflügel, Stirn, Wangen und rechts die *Nasenschleimhaut* ergriffen. Die Effloreszenzen in Form von zahlreichen kleinen Knötchen mit Milienansammlung an der Spitze sitzen auf geröteter infiltrierter Haut. Gleichartige, symmetrisch gelagerte Herde sieht man am Rumpf. Innere Organe, Familienanamnese o. B. Mantoux stark positiv.

6. *L. Slutzky* (Klinisches Institut) zeigte einen 54jährigen Schreiner mit *Röntgenulkus* gut beeinflußt durch Umspritzung mit Eigenblut. Das Ulkus, das bisher jeder Therapie trotzte, heilte mit Hinterlassung von kleinen Erosionen. Das große, das ganze Gesäß einnehmende Infiltrat verkleinerte sich bis auf das Dreifache. Die Schmerzen ließen beträchtlich nach. Patient geht ungestört seiner Arbeit nach.

Digitized by Google

7. *E. Kistiakowsky:* Fall pro diagnosi.

8. *E. Kistiakowsky* und *A. Paschkoff: Dermatomykosis* von 3jähriger Dauer, entstanden 3—4 Monate nach Röntgentherapie wegen Herpes tonsurans capillitii. Von der Affektion sind Gesicht, Körper und teilweise die Nägel betroffen. Mikroskopisch: Myzelien, spärlich Sporen in den Fäden gelagert.

9. *Bialek:* Leishmaniosis der Haut.

Referentin *E. Back-Slutzky.*

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Gonorrhoe.

Therapie.

Marcozzi: **Antigonorrhöische Chemotherapie mit Akridinderivaten.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 623.

Marcozzi kommt auf Grund seiner therapeutischen Versuche zu folgenden Schlüssen: 1. Die Akridinbehandlung der gonorrhöischen Infektion offener Schleimhäute führt für sich allein nicht zur Heilung des Krankheitsprozesses; 2. die Akridinbehandlung, vergesellschaftet mit einer lokalen Therapie, scheint letztere günstiger zu gestalten, indem sie die Gonokokken gegen die Antiseptika sensibilisiert; 3. die Akridinbehandlung für sich allein ist anzuraten in der Periode einer expektativen Behandlung; sie ist zugleich mit der lokalen Behandlung bei der subakuten und chronischen Urethritis und bei der Zystitis anzuwenden.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

F. Leidig: **Anwendung und Ergebnisse der Behandlung der Urethritis gonorrhoica auf intravenösem Wege mit Präparaten der Akridinreihe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 617.

Die Ergebnisse *Leidigs* mit der in der Überschrift angegebenen Behandlungsweise sind absolut ungünstige. Wenn auch theoretische Gründe diese Behandlung stützen, so ist sie doch für praktische Zwecke nicht zu empfehlen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

W. Pierangeli: **Versuche mit der intravenösen Chemotherapie der Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 608.

Die intravenöse Trypaflavinbehandlung gestattet es ohne Gefährdung, ohne jede örtliche Behandlung einen Teil der Gonorrhöen zur Abheilung zu bringen; doch sind die Resultate noch bessere, wenn bei Beginn wenigstens gleichzeitig eine lokale Behandlung unternommen wird. Erst dann gibt diese neue Behandlung befriedigende Resultate.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

A. Zibordi: **Die Injektionen von Urotropin und Zylotropin bei gonorrhöischen Affektionen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 605.

Nach den Erfahrungen von *Zibordi* erwiesen sich die Injektionen von Urotropin und Zylotropin wertvoller für die Behandlung der Komplikationen der Gonorrhöe als für die einfachen Urethritiden; sie sind überall

Digitized by Google

dort zu empfehlen, wo das Medikament zur allgemeinen Antisepsis schnell in den Kreislauf treten soll. Die intravenösen Injektionen sind den intramuskulären vorzuziehen, weil auf ersterem Wege das Medikament schnell sich verbreitet und manchmal recht unangenehme Nebenwirkungen (Schwellungen an der Injektionsstelle) nicht auftreten. Besonders in Gemeinschaft mit der Vakzinebehandlung gibt die erwähnte Therapie schnelle und gute Heilresultate. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

M. Porosz-Budapest: **Biologische Tripperbehandlung.** Ztschr. für Urologie. Bd. 20. Nr. 11.

Nur die *biologische Behandlung*, die Steigerung der Schutzkräfte des Organismus soweit wie nur *irgend möglich*, unter Anwendung anreizender, selbst stark schmerzender Mittel kommt beim Tripper in Frage. Als bestes diesbezügliches Mittel hat sich nach Verf. die *Nitrogensäure* bewährt. Ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Infektion wird vom Arzt täglich einmal eine 2%ige, vom Kranken zweimal eine ¼—½%ige Nitrogensäurelösung mit der Tripperspritze injiziert. Sobald der Ausfluß epithelial wird, werden schwächere Lösungen verordnet und auch bei negativem Gonokokkenbefund noch einige Zeit diese Behandlung fortgesetzt. Erst dann werden Adstringentien injiziert. Treten hierbei erneut einige Gonokokken auf, so werden provokative Einspritzungen mit 1—2%iger Nitrogensäurelösung vorgenommen. Es folgen zur Sicherstellung der Heilung provokative Maßnahmen (Sonde, Vakzine, Milchinjektionen).

Pürckhauer-Dresden.

Hans Schulten: **Was leistet Urotropin in der Therapie der infektiösen Erkrankungen der ableitenden Harnwege?** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 4.

Das peroral zugeführte Urotropin kann sehr wahrscheinlich im Urin eine direkte desinfizierende Wirkung ausüben. Voraussetzung dafür ist, daß man die bisher übliche Dosis weit überschreitet (8—12 g am Tage) und den Urin maximal ansäuert. Praktisch auswertbar ist das Verfahren zur raschen Ausheilung vieler Fälle von Zystitis und Bakteriurie. Bei Zystopyelitis und Pyelitis sind die Erfolge schlechter.

Weinstock-Charlottenburg.

R. D. Herold and *H. Culver:* **The treatment of acute gonorrhea with antiseptics in gelatin. (Die Gonorrhöebehandlung mit Gelatinepräparaten.)** Chikago, Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 7.

Verff. empfehlen zur Gonorrhöebehandlung Akriflavin in Gelatinelösungen. Während dieses Präparat in wässerigen Lösungen von 1 : 2000 gelegentlich schon reizen kann, wird dasselbe in der Verdünnung 1 : 400 in 10%iger Gelatinelösung gut vertragen. Nach einer 15 Minuten langen Einwirkung auf Gonokokkenkulturen bei 37° im Brutschrank waren diese vollkommen abgetötet. Es wird angenommen, daß das Gonokokkentoxin, das an und für sich schon die Urethralschleimhaut reizt, durch die Gelatine neutralisiert wird. Hervorgehoben wird ferner das seltene Vorkommen einer Komplikation bei dieser Behandlung. *Röntz*-Bonn.

Diamantis-Kairo: **Bemerkungen zur Chemotherapie der Urethritis gonorrhoica nach der Jausionschen Methode. (Intravenöse Akridintherapie.)** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 10.

Die Erfahrungen des Verf. beziehen sich auf 15 Fälle. Die Erfolge sind nach seiner Auffassung zufriedenstellend gewesen, denn es handelte

Digitized by Google

sich meist um Fälle, die den üblichen Behandlungsmethoden Widerstand entgegensetzten. Nur ist es notwendig, die Nebenerscheinungen dieser Therapie zu kennen. Die Injektion muß sehr langsam gemacht werden, dann lassen sich Schwindelgefühl, vermehrter Speichelfluß und Erbrechen vermeiden. Die Symptome des allgemeinen Hitzegefühls, Zusammenziehung des Larynx und des Dammes treten aber fast regelmäßig auf und sind den Pat. schon vorher mitzuteilen, damit sie sich nicht beunruhigen. Während der Behandlung ist möglichst der Aufenthalt in starkem Sonnenlicht zu vermeiden, da es dann an den belichteten Stellen infolge der Sensibilisierung durch Trypaflavin zu Erythemen und eventuell Ikterus kommen kann. Gut bewährt hat sich in solchen Fällen die Verabfolgung von täglich 0,25 g Resorzin. Verf. glaubt, daß es sich bei dem Zustandekommen des Ikterus nicht allein um eine Lichtwirkung handelt, da es in einem Falle neben dem Ikterus zu einer Glykosurie kam, so daß also doch eine Schädigung der Leber anzunehmen ist. *Krüger*-Sagan.

J. Minder-Budapest: **Über den therapeutischen Wert intravenöser Glykoseinjektionen bei gonorrhöischen Prozessen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 6.

Die von *Scholtz*-Königsberg angegebene Behandlungsmethode der Gonorrhöe mit intravenösen *hypertonischen Glykoseinjektionen*, verbunden mit *gleichzeitiger energischer Lokalbehandlung*, wurde nachgeprüft, und zwar nicht nur bei akuten, sondern auch chronischen und komplizierten Fällen. Wenn die so behandelten akuten (18) Fälle auch nicht so rasch wie die von *Scholtz* zur Heilung kamen, so ist doch bemerkenswert, daß kein Fall komplizierte. Gute Resultate wurden bei Nebenhodenentzündung, noch bessere bei chronischen Prostatitiden erzielt. Alles in allem scheinen die Traubenzuckerinjektionen ein *gutes Hilfsmittel* bei der Gonorrhöebehandlung zu sein. Unangenehme Nebenwirkungen von praktischer Bedeutung stellten sich nicht ein. *Pürckhauer*-Dresden.

B. Radó-Budapest: **Über die parenterale Schwefeltherapie bei gonorrhöischen Komplikationen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 8.

Da die Resultate der bisherigen Behandlungsmethoden der Nebenhodenentzündung (Vakzine, Eigenblut, unspezifische Proteinkörper usw.) noch vielfach *nicht* befriedigen, wurde parenteral *Schwefel* angewandt, und zwar eine 1—2%ige kolloidale ölige Schwefellösung (Sulfolein), wodurch der *Ablauf* der Erkrankung zweifellos *beschleunigt* wurde, so daß die Kranken früher der Lokalbehandlung zugeführt werden konnten.
Pürckhauer-Dresden.

Couvert: **Über den wahren Wert der Chemotherapie bei Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1469.

Als Fortsetzung seiner früheren Mitteilungen über den Wert der Chemotherapie bei Gonorrhöe mit Akridinpräparaten (Trypaflavin, Gonakrin, Orthoflavin) teilt *Couvert* die folgenden Schlüsse über seine Erfahrungen mit: 1. Alle diese Präparate werden sehr gut vertragen; 2. nur Leber- und Nierenveränderungen stellen Kontraindikationen dar; 3. die Technik entspricht der der intravenösen Salvarsaneinspritzungen (der Austritt von Akridinlösung wirkt stark kaustisch); 4. Resultate: unbestreitbarer Nutzen bei sehr akuter Gonorrhöe, bei Urethrozystitis und Zystitis, bei denen die akuten subjektiven und objektiven Er-

Digitized by Google

scheinungen besonders von seiten der Blase sehr schnell Milderung erfahren (sehr schnelle Aufhellung des Urins). Selten sind völlige Heilung auf diesem Wege zu erzielen; die Wirkung auf den Gonokokkus ist der der Silbersalze unterlegen. Bessere Resultate bei Kombination mit lokaler Behandlung. Absolute Inaktivität bei chronischen Formen und Komplikationen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

K. Gagstatter-Wien: **Trypaflavin als Heilmittel bei Infektionen der Harnwege.** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 40.

Angewandt wurde das Trypaflavin in ½ %igen Lösungen intravenös täglich 1 mal, in schwereren Fällen 2 mal, etwa 20 ccm. Die Injektionen wurden meist reaktionslos vertragen. Die besten Erfolge wurden erzielt bei eitrigen fieberhaften Zystopyelitiden. Meist nach wenigen Tagen sank die Temperatur zur Norm ab und der Harndrang ließ nach. Der Urin klärte sich und war fast regelmäßig steril. Gute Erfolge wurden ebenfalls erzielt bei Prostatahyperthrophie, Strikturen, Nephrolithiasis; bei diesen Fällen kommt die Methode aber hauptsächlich zur Vor- und Nachbehandlung der Operation in Frage. *Krüger*-Sagan.

L. Leven-Elberfeld: **Gonorrhöebehandlung und Seroreaktion.** Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 51.

Die Schwierigkeit der Feststellung der endgültigen Heilung der Gonorrhöe besteht weiter trotz Vervollkommnung der Untersuchungsmethoden. Die Streitfrage ist, ob bei einem postgonorrhöischen Katarrh ein stärkerer Leukozytenbefund im Sekret, trotz wiederholtem Fehlens von Gonokokken, noch mit einer Ansteckungsmöglichkeit zu rechnen ist oder nicht. Die Komplementablenkungsmethode schafft vielleicht eine Möglichkeit, diese bisher bestehende Lücke auszufüllen. Die bisherigen Untersuchungen haben ergeben, daß während des Höhenstadiums der Infektion die Reaktion in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle positiv ist. Es ist zunächst festzustellen bei sicher geheilten Fällen, wie lange eventuell nach der Heilung die Reaktion noch positiv bleibt, und dann sind besonders die verdächtigen Fälle eingehend zu untersuchen, ob die Komplementablenkung vielleicht einen Anhaltspunkt für noch vorhandene Infektiosität gibt. *Krüger*-Sagan.

Otto Sachs-Wien: **Über eine neue Behandlungsmethode der Gonorrhöe, mit besonderer Berücksichtigung der gonorrhöischen Komplikationen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Mit der gleichen 20 %igen wässerigen sterilen Natr.-salicylic.-Lösung, die Verf. zur Behandlung der Psoriasis — intravenös appliziert — empfohlen hat, hat er auch in vielen Fällen die Gonorrhöe und ihre Komplikationen ohne Lokalbehandlung zur Ausheilung gebracht. Es sind ziemlich große Mengen Natr. salicyl., etwa 20 g insgesamt, erforderlich. Bei der intravenösen Salizylzufuhr fallen Beschwerden von seiten des Magens im Gegensatz zur oralen weg. Es scheint mit diesem Verfahren eine Abkürzung der Behandlungsdauer erreicht zu werden. *Pürckhauer*-Dresden.

L. Balog-Berlin: **Grundsätze der Gonorrhöebehandlung.** Ztschr. für Urologie. Bd. 21. H. 4.

Verf. nimmt sehr energische Stellung gegen die schulmäßige Lehre von der Gonorrhöebehandlung. Das Wesen der Gonorrhöe ist die *Er-*

Digitized by Google

krankung der Drüsen. Bei jedem neuen Patienten sind also die *Adnexe* alsbald zu berücksichtigen. „Spülungen und Einspritzungen in die vordere Harnröhre können die Krankheit der Adnexe nicht beeinflussen, ebensowenig Blasenspülungen, Sonden, Bougies, Endoskop und Kollmann. Die Ätzung, Kürette der Harnröhre und Samenhügel bei chronischer Gonorrhöe und Impotenz sind wissenschaftliche Hochstapeleien, die nie einen Erfolg bringen können." Für Verf. gibt es nur eine Behandlung, die *Expressionsbehandlung.* Ein Eindringen medikamentöser bakterizider Lösungen in die erkrankten Drüsen ist vollkommen ausgeschlossen (Klappenventile); *nur* die an der Oberfläche liegenden Keime können erfaßt werden, die in den Drüsen geschützt liegenden dagegen werden direkt getötet oder „ausgehungert". *Pürckhauer*-Dresden.

Saigraeff: **Die Prinzipien der Gonorrhöebehandlung.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 4. (Russisch.)

Nicht die bakterizide Methode der Behandlung des Trippers heilt denselben aus, sondern die Hyperämie, welche durch Anwendung der Spülungen mit Kali hyp. erzielt wird. Diese reizt die Zellen und ruft eine Reaktionsfähigkeit der Gewebe hervor, welch letztere freilich von der Konstitution des Organismus abhängig ist. *A. Jordan.*

W. Hankowski-Wien: **Zylotropin in der urologischen Praxis.** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 40.

Zylotropin ist dank seiner Kombination des Urotropins mit Salizylsäure und Koffein ein ausgezeichnetes Harndesinfiziens. Alle eitrigen eitrigen Pyelitiden und Zystitiden wurden mit gutem Erfolge behandelt. Versagt hat es nur bei tuberkulösen Erkrankungen des uropoetischen Systems. Neben der intravenösen Darreichung gibt es jetzt auch ein Präparat mit Novokainzusatz, das sehr gut intramuskulär injizierbar ist. Die Wirkung ist langsamer, dafür aber länger anhaltend. *Krüger*-Sagan.

Jähnke: **Über die interne Therapie der Krankheiten der ableitenden Harnorgane mit Hexal und Neohexal.** M. K. 1927. 12.

Weil bekanntlich Formaldehyd sich aus dem Hexamethylentetramin nur bei saurer Reaktion abspaltet, hat man das Hexamethylentetramin im Hexal bzw. Neocheal mit einer Schwefelsäuregruppe verkoppelt, dabei ist der Hexamethylentetraminanteil im Neohexal doppelt so stark wie im Hexal. Somit hat Hexal eine stärkere sedative, Neohexal eine größere antiseptische Wirkung. Empfehlung beider Mittel bei allen Erkrankungen der ableitenden Harnorgane, bei Zystitis, Kolizystitis, Bakteriurie, Pyelitis, Phosphaturie, sogar Enuresis nocturna, Gonorrhöe zum Verhindern des Emporsteigens, bei Epididymitis und Prostatitis als schmerzstillend, zur Desinfektion nach Zystoskopie. Die Hexalpräparate sind verträglich und von angenehmen Geschmack. *Siegfried*-Aachen.

W. Freischmidt-Charlottenburg: **Über „Gonaromat" in der Gonorrhöetherapie.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 21.

Gonaromat wird hergestellt von der Firma E. Täscher in Potsdam und besteht in der Hauptsache aus bestem Ol. santal. Ostindic., daneben enthält es mehrere ätherische Öle. Die Verträglichkeit des Präparates ist ganz ausgezeichnet. Es traten keine Magen- oder Darmstörungen auf, ebenfalls reizte es nicht die Nieren. Die antiseptische Wirkung auf den

Digitized by Google

Harn war ebenfalls recht gut. Es wurde auch, selbst über längere Zeit, von den Pat. gerne genommen. *Krüger*-Sagan.

Lucke: **Uvalysat, ein neues internes Antigonorrhoikum.** M. K. 1926. 52.

Uvalysat, das nur die wirksamen Bestandteile der Fol. uvae ursi enthalten soll, aus denen es nach dem *Bürger*schen Dialysierverfahren gewonnen ist, soll wegen seiner Haltbarkeit und Verträglichkeit besondere Tugenden der Ursprungsdroge gegenüber besitzen. Dosierung: 30 bis 40 Tropfen im Wasser nach Mahlzeiten. Wirkung sedativ (also gegen Erektionen), harnsäuernd, gonokokkenschwächend wegen Arbutin- und Tanningehalts. Bei gonorrhöischen Komplikationen soll Uvalysat (neben Arthigon usw.) nicht zu entbehren sein, auch soll es bei Zystitiden vorzügliche Dienste leisten, ebenso wie bei Ureteren- und Nierenaffektionen. Das um so mehr, als Uvalysat auch diuretisch wirkt. Geschmack nicht unangenehm, Verträglichkeit gut. *Siegfried*-Aachen.

Sachs: **Erfahrungen mit Uvalysat-Bürger in der urologischen Praxis.** M. K. 1927. 34.

Uvalysat-Bürger enthält dieselben wirksamen Bestandteile wie Bärentraubenblätterdekokt, ist für den Kranken aber besser dosierbar und bequemer zu nehmen. *Siegfried*-Aachen.

Siedner: **Zur Konzentration des Tutokains.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 40.

Mit einer ¼ %igen Lösung Tutokain (Menge 8—10 ccm) wurde in 400 Fällen eine ausreichende Anästhesie der Urethra und Harnblase erzielt, ohne daß irgendwelche Zwischenfälle eintraten. Die Lösung ist haltbar, es wurden ihr vor jedesmaligem Gebrauch einige Tropfen einer 1 %igen Suprareninlösung zugesetzt (auf 10 g Tutokainlösung 3—5 Tropfen). *Weinstock*-Charlottenburg.

H. Mühlpfordt-Allenstein: **Verätzung der männlichen Harnröhre durch Chlorzink.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 4.

Als Folge einer einzigen kurzen Urethraleinspritzung mit 25 %iger *Chlorzinklösung* trat eine Verengerung der Harnröhre ein, die durch Bougiebehandlung allmählich gebessert wurde. *Pürckhauer*-Dresden.

H. Haxthausen: **On the penetration of Silvernitrate and other antigonorrhoeics. (Über das Eindringen von Silbernitrat und anderen Antigonorrhöizis.)** The British Journal of ven. diseases. 1925. Vol. 1. H. 4.

Verf. berichtet nach ausführlicher Würdigung der Literatur über die Diffusionstiefe verschieden konzentrierter $AgNO_3$-Lösungen (2—1,1024 %) in 33 %ige Aszitesgelatine. Auch hier variiert er die Prozentsätze. Ferner vergleicht er die gefundenen Resultate mit der Penetration von AgCl, welches aus äquivalenter $AgNO_3$-Lösung ausgefüllt wurde. Hierauf folgen vergleichende Untersuchungen über das Maximum der Diffusion, welches für Aktol, Itrol, Protargol, Albargin und Choleval bestimmt wird. Indikator für die Tiefenwirkung war das noch stattfindende Wachstum von Bacterium coli commune.

Die Tiefenwirkung fiel von hohen Konzentrationen ab auf ein Minimum bei ca. ¼ %, um dann, je nach den Verbindungen, bei weiterer Verdünnung wieder zu steigen. (Die Maxima waren bis zu 1 : 10000 verteilt.) Diese Tatsache bringt Verf. mit der feineren Verteilung der AgCl-Fällung aus ver-

Digitized by Google

dünnteren Lösungen in Zusammenhang. Das Silbernitrat ist allen anderen geprüften Substanzen an Penetrationskraft überlegen. Auch die Erfahrung an 50 akuten Anteriorgonorrhöen spricht für eine Überlegenheit des $AgNO_3$. Auch für die anderen Substanzen müssen die optimalen Konzentrationen noch klinisch erprobt werden. *Siegfried-Aachen.*

J. Aebly-Zürich: **Zur Frage der Gonorrhöetherapie mit komplexen Ag-Salzen.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52b.

Die Frage, ob Silber überhaupt das beste Antigonorrhoikum ist, ist heute noch nicht zu entscheiden und ebenfalls auch nicht, ob bei den meisten heute verwandten Ag-Präparaten das ionisierte Ag der Träger der Wirksamkeit ist. Bei einem neueren Gonorrhöepräparat, dem Azykal, hat man bewußt diesen Weg verlassen. Azykal (Argentum kalio-cyanatum) ist eigentlich kein richtiges Silbersalz mehr, denn der Komplex $AgCy_2$ ist außerordentlich beständig und spaltet in der Konzentration, in der er zur Wirkung kommt, kaum Ag-Ionen ab. Transargin ist ein Derivat der Thioschwefelsäure und dürfte wohl ebenfalls ein komplexes Präparat sein, das Ag-Ionen, wenn überhaupt, nur in äußerst geringen Mengen abspaltet, trotzdem es einen Ag-Gehalt von 32% hat. Der Nachweis von Ag in der Submukosa bei histologischen Präparaten nach Anwendung von Transargin ist nicht ohne weiteres durch Diffusion des Silbers zu erklären, vielmehr kann auch durch H_2S aus dem komplexen Salz Silber abgespalten worden sein, das vorher in irgendeiner Form mit den Eiweißkörpern der Zellen verbunden war. Verf. sieht den Weg, neuere und vielleicht wirksamere Antigonorrhoika herzustellen in Stoffen, die bei genügender Wasserlöslichkeit viel leichter lipoidlöslich als wasserlöslich sind. Die Wirkung dieser Stoffe würde in der Hauptsache auf einer starken Verschlechterung des Nährbodens beruhen, und ob dazu Silberverbindungen erforderlich sind, ist fraglich. *Krüger*-Sagan.

M. A. Saigrajeff u. *I. M. Porudominsky*-Moskau: **Lokale Harnröhrenbehandlung bei Komplikationen der Gonorrhöe.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 2.

Die Verf. vertreten auf Grund ihrer Erfahrungen, die sie im staatlichen venerologischen Institut in Moskau an großem Material gewonnen haben, den Standpunkt, daß bei fast allen Komplikationen der männlichen Gonorrhöe eine lokale Behandlung der erkrankten Partien der Harnröhre zu erfolgen habe, da sich die Erkrankungsdauer dadurch wesentlich abkürzen läßt. So werden bei akuter Posterior Instillationen mit Arg. nitr. und Janetspülungen vorgenommen. Auch bei Gelenkkomplikationen wird nach der Stelle der Erkrankung geforscht und ebenfalls eine Behandlung der Adnexe sofort vorgenommen. Bei richtiger Technik ist die Gefahr der Komplikationen (Epidydimitis) gering und der weiteren Verbreitung der Erkrankung wird durch diese Behandlung vorgebeugt. *Krüger*-Sagan.

C. Siebert u. *H. Cohn*-Berlin-Lankwitz: **Entwicklung und Ziele der lokalen Silberbehandlung in der Gonorrhöetherapie.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 21.

In dem Versuche, immer neue Präparate zur lokalen Behandlung der Schleimhaut bei Gonorrhöe zu schaffen, sind die Silberpräparate doch Sieger geblieben. Das wichtigste Prinzip dabei ist, ihnen trotz hohen

Digitized by Google

Silbergehaltes ihre entzündungserregenden Eigenschaften auf die Schleimhäute zu nehmen und durch Hinzufügung von anderen pharmakologisch-aktiven Komponenten ihre Wirksamkeit zu steigern. Ein Präparat, das nach diesen Gesichtspunkten aufgebaut ist, ist das Targesin. Es bietet den Vorteil der reaktionslosen Verträglichkeit in den frischen Stadien und besitzt daneben ausreichende bakterizide Kraft. *Krüger*-Sagan.

J. Krechel: **Über die Brauchbarkeit des Targesins bei der Behandlung der männlichen Gonorrhöe.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 46.

71 männliche Gonorrhöiker wurden stationär der Behandlung mit Targesin unterzogen. Auf Grund dieser Erfahrungen konnte Verf. feststellen, daß das Targesin reizloser ist und eine raschere Sekretionsbeschränkung hervorruft als die vielen anderen gebräuchlichen Silberpräparate. Vor allem bei frischen Fällen ist es den übrigen Mitteln überlegen, während es bei komplizierten und chronischen nicht viel mehr leistet. Als unangenehme Nebenerscheinung ist die dunkelbraune Verfärbung der Wäsche zu nennen, die sich jedoch mit Wasser und Seife oder Natriumthiosulfat leicht beseitigen läßt. Bei Bakteriurie haben dem Verf. Blasenspülungen mit ½—1%iger Lösung zuweilen gute Dienste geleistet. *Weinstock*-Charlottenburg.

S. Kabatschnik-Moskau: **Die Elektrotherapie bei Komplikationen der Gonorrhöe.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 26. H. 11.

Seine Erfahrungen faßt Verf. folgendermaßen zusammen: 1. Die Methoden der elektrotherapeutischen Prozeduren müssen bei gonorrhöischen *Komplikationen* allen anderen Heilmethoden vorgezogen werden; 2. die Jontophorese ist bei Behandlung der bereits organisierten Komplikationen angezeigt; 3. die Diathermie kann sowohl bei chronischen wie auch bei akuten gonorrhöischen Komplikationen angewandt werden; 4. die Jontophorese und die Diathermie sind wissenschaftlich begründete Heilmethoden, mit denen man bessere Resultate erzielt als mit den übrigen Wärmeprozeduren. *Pürckhauer*-Dresden.

Caspary: **Über neuartige Diathermie-Elektroden.** M. K. 1927. 37.

Verf. empfiehlt die in jedem Haushaltungsgeschäft und Drogerie für wenige Pfennige zu habenden Putzlappen für Aluminiumgeschirr, deren weitmaschige Baumwollfäden mit Lametta umwickelt, den Strom bestens leiten sollen, zumal sie alle parallel laufen. Diese Lappen sind außerordentlich schmiegsam und leicht zu befestigen. Um mögliche konzentriertere Stromzufuhr vom vielleicht mal ungleichen Rande auszuschalten, empfiehlt sich, das nicht mal anzufeuchtende Kissen auf entsprechend ausgeschnittene Fenster aus gewöhnlichem trockenen Papier zu legen. *Siegfried*-Aachen.

Schischow u. *Saskin*-Moskau: **Die konstitutionellen Faktoren und der Verlauf der gonorrhöischen Entzündungen der Geschlechtsdrüsen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 4.

Der *digestive* (*Sigand*) oder der *pyknische* (*Kretschmer*) Typus liefert die Fälle mit besonders hartnäckigem und langwierigem Verlauf von Prostatitiden, Vesikulitiden und Epididymitiden, die von gleichzeitiger Obstipation, Hämorrhoiden, Varikocele usw. unterstützt werden. Hier muß alles vermieden werden, was die Hyperämie im Becken steigert: entsprechende, dem Zustand des Magendarmtraktus angepaßte Diät, Behand-

Digitized by Google

lung der Obstipation usw., Vermeidung von Balsamika. Beim *respiratorischen* Typus (Astheniker) erscheint der Krankheitsverlauf weniger langwierig zu sein. Hier sollen durch kräftigende Kost die Abwehrmaßnahmen des Organismus gehoben und eine abschwächende Therapie unterlassen werden. Der *zerebrale* Typus liefert die größte Zahl der gonorrhöischen Hypochondriker und Sexualneurastheniker. Hier muß in erster Linie auf die psychische Verfassung Rücksicht genommen werden, also Psychotherapie, geschickte sanitäre Aufklärung, große Vorsicht beim Anwenden von Antaphrodisiaka im akuten Krankheitsstadium. *Pürckhauer*-Dresden.

Gazzarini Aldo: **Über Diathermieapplikation auf die Prostata. Eine neue Elektrode für Diathermiebehandlung der Prostata und der Samenbläschen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1628.

Gazzarini beschreibt eine neue Diathermieelektrode, welche sich für die Behandlung der Erkrankungen der Prostata und Samenbläschen eignet, sich leicht und schmerzlos applizieren läßt, keinen Sphinkterkrampf oder Tenesmus auslöst, an die kranken Teile gut heranzubringen ist und sich leicht reinigen und desinfizieren läßt. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Th. Hryntschak: **Bei welchen Erkrankungen der Prostata ist die Massage indiziert bzw. kontraindiziert?** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 39.

Die Massage der Prostata ist absolut kontraindiziert bei allen akutentzündlichen Prostataerkrankungen, geschlossenem Prostataabszeß und Tuberkulose der Prostata. Gute Erfolge dagegen lassen sich mit der Massage bei allen chronischen Stadien mit stark leukozytenhaltigem Sekret erzielen, Besserung meist auch bei Abszessen, die in die Harnröhre durchgebrochen sind. Bei Prostatahypertrophie ist die Massage nur als symptomatische Behandlung im Initialstadium bei weichen Adenomen anzuwenden.

Krüger-Sagan.

Erich Hempel: **Über Prostataabszesse und deren Eröffnung durch die Wilmsche Operation.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 51.

Der Prostataabszeß ist eine verhältnismäßig seltene Erkrankung; unter 157 Prostataerkrankungen der letzten Jahre konnten nur 14 Fälle von Abszessen vom Verf. beobachtet werden. Die Abszesse entstanden 8mal metastatisch auf dem Blutwege, 2mal auf dem Lymphwege, 1mal bei Gonorrhöe, 3mal war die Ursache unbekannt. Therapeutisch kommt nur eine chirurgische Behandlung in Frage. Von den verschiedenen chirurgischen Methoden glaubt Verf., am meisten die *Wilm*sche Operation empfehlen zu können, bei der die Technik sehr einfach, Nebenverletzungen ausgeschlossen und die Dränageverhältnisse günstige sind. Man schneidet bei dieser Operation parallel und dicht neben dem linken aufsteigenden Schambeinast ein, schiebt den M. ischiocavernosus und die A. pudenda int. nach innen und gelangt in einer Tiefe von 1½ cm nach Durchtrennung einer Faszie auf die Kapsel des linken Lappens. Dann geht man mit der Kornzange in die Tiefe und eröffnet den Abszeß.

Weinstock-Charlottenburg.

L. Wolpjan: **Die Autohämotherapie bei gonorrhöischen Komplikationen wie bei einigen Hautkrankheiten.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. (Leningrad.) 1926. Nr. 11.

Auf Grund 72 eigener Beobachtungen spricht sich Verf. folgendermaßen über die Resultate der Behandlung mit Eigenblut aus: Sie ist

Digitized by Google

einfach, gut verträglich und wirkt vorzüglich bei Epididymitis gon. ac., Ekzema ac. und bei Furunkulose. Bei Psor. vulg., Ulc. molle und Bubonen versagt sie vollkommen; bei Prostatitis ac. wie chr., bei Eczema chr., Acne vulg. und Impetigo vulg. kann sie, in Kombination mit anderen Behandlungsmethoden, versucht werden. *A. Jordan.*

M. Epstein: **Über Eigenblut- und Kollargolbehandlung der gonorrhöischen Epididymitiden.** Wratschebnoje Gaseta. 1927. Nr. 5. (Russisch.)

Die Versuche des Verf. mit intravenösen Eigenblut- wie mit intravenösen Kollargolinjektionen (letzteres zu 4,0—6,0 einer 1%igen Lösung) ergaben eine bessere und schnellere Wirkung der letzteren bei Epididym. gon., so daß er von den Eigenblutinjektionen abgekommen ist. *A. Jordan.*

Petschnikoff: **Zur Frage der Vakzinetherapie beim Tripper des Mannes.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 4. (Russisch.)

Nach Verf. wirkt nur die Anwendung der urotropinisierten Vakzine, in der Anfangsdosis von 100 Millionen Einheiten mit allmählichem Übergang bis auf 600—1000, ja bis 2000 Einheiten, beschleunigend auf den Verlauf der gonorrhöischen Komplikationen ein. *A. Jordan.*

P. Timefejeff-Moskau: **Zur Frage der Therapie der gonorrhöischen Arthritiden.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 9.

Verf. steht auf Grund seiner theoretischen Studien auf dem Standpunkt, daß es nicht in jedem Falle angebracht ist, gonorrhöische Arthritiden mit Vakzinen zu behandeln, weil es Fälle gibt, in denen die Gelenkaffektionen nicht direkt durch die Gonokokken hervorgerufen sind, sondern nur durch deren Toxine. Zur Entscheidung für diese Frage glaubt er die *Berdet-Gengou*sche Serumreaktion heranziehen zu können. In Fällen, wo dieselbe stark positiv ist, sind bereits im Organismus reichlich Toxine vorhanden und es wäre falsch, noch weitere durch Vakzine hinzuzuführen. An Hand von zwei ausführlichen Krankengeschichten bringt er Stützen für seine Anschauungen bei. Im ersteren Falle bestand eine stark positive Serumreaktion, und die Arthritis wurde nur mit intravenösen Kochsalzinfusionen behandelt. Unter Rückbildung der Gelenkaffektion ging auch allmählich die starke Serumreaktion zurück. Im anderen Falle bestand im Beginn der Behandlung eine negative Serumreaktion. Unter energischer Vakzinebehandlung stieg die Stärke der Reaktion deutlich an, und die Arthritis bildete sich ebenfalls zurück. *Krüger*-Sagan.

P. G. Castellino: **Polymikrobische Autovakzine bei Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1606.

Castellino berichtet über seine Resultate nach Injektion einer polymikrobischen Urethralvakzine, die er bei 26 Fällen von gonorrhöischer Urethritis, teils subakuter, teils chronischer, teils komplizierter erhielt. Er betont den guten Einfluß der Vakzine auf den Verlauf der Urethritiden und die schnelle Heilung der Komplikationen. Er schlägt vor, die polymikrobische Autovakzine bei hartnäckigen chronischen Urethritiden neben der örtlichen Behandlung anzuwenden. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Porudominsky: **Die Spezifizität der Gonokokkenvakzine.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 9.

Verf. injizierte in 12 Fällen von Epididymitis gon. 0,5—1,0 Milch, in 18 derartigen Fällen 0,5—1,0 Staphylokokkenvakzine, in 40 Fällen

Digitized by Google

0,5 Gonokokkenvakzine, und endlich in 15 Fällen von nicht gonorrhöischer Epididymitis 1,0 Gonokokkenvakzine. Es erwies sich, daß nach der spezifischen Vakzine eine klinische Reaktion viel häufiger und deutlicher auftritt als nach Injektion anderer Präparate. Das Fehlen einer klinischen Reaktion bei nicht gonorrhöischer Epididymitis bekräftigt die Ansicht auch des Verf. von der Spezifizität der Gonokokkenvakzine. *A. Jordan.*

Friesleben: **Zur Behandlung mit Autovakzinen.** M. K. 1927. 33.

Autovakzine erweisen sich den fabrikmäßig hergestellten Vakzinen überlegen bei allen Staphylokokkeninfektionen, besonders Furunkulose, weiter bei Koliinfektionen der Harnwege. Blase soll man nebenher noch spülen. Bei Akne nekrotica versagte Autovakzine (Staph. aureus). Dosierung der verschiedenen Autovakzinen ist nachzulesen. Dazu kurze Krankengeschichten. Intravenöse Einverleibung soll keinen Vorteil bieten vor intramuskulärer. *Siegfried*-Aachen.

M. Epstein: **Über Eigenblut- und Kollargolbehandlung bei Epididymitis.** Wratschebnaja Goseta. 1927. Nr. 5.

Auf Grund von 21 Fällen von gonorrhöischer Epididymitis, die teilweise mit Eigenblutinjektionen, teilweise mit solchen von Kollargol behandelt wurden, spricht sich Verf. zugunsten der letzteren aus. Er injizierte intravenös am 1. Tage: 4—5 ccm einer 1%igen Kollargollösung und stieg dann jeden 2.—3. Tag um 2—3 ccm, bis zur Max. dos. 12 ccm. Am 12. Tage ist der Krankheitsprozeß bereits so gut wie zurückgegangen. *A. Jordan.*

Urologie.

Magnus Hirschfeld u. *Schapiro:* **Über die Spezifität der männlichen Sexualhormone.** D. m. W. 1927. Nr. 32.

Die Verf. unterscheiden zwischen Potenzstörungen auf Grund mangelnder Ladung oder erhöhten Widerstandes. Zur letzteren gehören die Formen psychischer Impotenz; zur ersteren die Fälle, bei denen die normale Wirkung der Keimdrüseninkrete und der mit ihr in Beziehung stehenden anderen endokrinen Drüsen ausbleibt. Da meist eine Kombination beider Störungen besteht, ist es oft aus Gründen der Zeit- und Kostenersparnis zu empfehlen, unter Verzicht auf psychoanalytische und Suggestivbehandlung des Widerstandes den Heilerfolg durch organotherapeutisch erreichbare Erhöhung der Ladung anzustreben. Während das Johimbin nur vorübergehend und symptomatisch wirkt, haben die Organpräparate den Vorzug nachhaltigerer und kausaler Beeinflussung der Drüsentätigkeit, vorausgesetzt, daß sie bei ihrer Herstellung (Trocknen und Extraktion) keine Schädigung des wirksamen Hormons erlitten haben. Um sicher zu sein, das Hormon in unveränderter Vitalität zu erhalten, haben Verf. zur Darstellung ihres neuen Präparates „Testifortan" (Promonta-Hamburg) die Kombination von Extrakt und Trockensubstanz durchgeführt und damit in etwa 80% der Fälle Besserung bis Heilung der Impotenz erzielt. Versager wurden bei schweren Fällen paralytischer Impotenz beobachtet, bei denen Trieb und Erektion auf angeborener oder erworbener Grundlage völlig fehlten. Zur Darstellung eines anderen Präparates „Präjakulin", welches zur Behandlung der Ejakulatio praecox dient, gelangten Verf. durch die Beobachtung eines Falles, bei dem die Besserung in die Wochen der wegen eines Ulcus ventriculi verordneten Belladonnamedikation fiel.

Digitized by Google

Das Präparat stellt eine Kombination von Belladonna mit Kalzium, Lezithin und gewissen Sedativa dar. Es gelang, bei 72 von 95 Fällen die vagosympathischen Störungen der Ejakulatio praecox günstig zu beeinflussen. Applikationsweise und Behandlungsdauer bei den Präparaten siehe Original. *O. Dittrich*-Kiel.

Rosenfeld: **Zur Harnverhaltung bei Nierensteineinklemmung.** M. K. 1927. 14.

Bei 54jährigem Kranken, der die Erscheinung einer Anurie bei Nephritis machte, ging plötzlich nach Glyzerin- und Atropininjektion eine große Menge Urin ab mit maximaler Zahl epithelbesetzter Zylinder, großer Menge Nieren- und Nierenbeckenepithelien und wenig Eiweiß und schließlich auch erbsengroßer Harnsäurestein. Folgerungen: Stein im rechten Ureter hatte Ischämie beider Nieren erzeugt. Konsekutiv Gefäßkrampf beider Nieren mit Lockerung der Tubulusepithelien. Da Tubuli Kochsalzausscheidung besorgen, ging diese infolge Tubulischädigung stark zurück. Die Glomeruli aber funktionierten sehr gut, was reichliche Wasserausscheidung bewies. Da zugleich 20 g N. ausgeschieden wurden, konnten diese nur den allein arbeitenden Glomerulis entstammen. Da Kranker statt 80% des eingespritzten Phenolsulfophtaleins nur 22% entleerte, kann Phenolsulfophtalein nur als Epithelialtest gelten.

Siegfried-Aachen.

R. Lichtenstern-Wien: **Experimentelle Untersuchungen über die Ursachen der reflektorischen Anurie.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Aus den angestellten Versuchen geht hervor, daß bei der reflektorischen Anurie das gehemmte Organ nicht intakt sein kann und daß den in der verschlossenen Niere sich entwickelnden *Nephrotoxinen* eine ursächliche Bedeutung für das Entstehen der Anurie zukommen muß.

Pürckhauer-Dresden.

K. Scheele u. *M. Stolze*-Frankfurt a. M.: **Das zystoskopische Bild der Strangurie bei akuter Anilinvergiftung.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Als wesentliche Teilerscheinung der akuten Anilinvergiftung kommen schwere Blasenveränderungen vor, die charakterisiert sind durch *subepitheliale Blutungen*, die über die ganze Blase verstreut sind, hauptsächlich aber im Blasenhals und dem Trigonum auftreten. Sie stellen die anatomische Grundlage für die Strangurie und Hämaturie dar. Diese Veränderungen der Schleimhaut gehen zurück, ohne eine im Zystoskop erkennbare Veränderung zu hinterlassen. Die Frage, ob chronische Anilineinwirkung auf die Blase zur Entwicklung von *Tumoren* führen kann, muß noch offen bleiben. *Pürckhauer*-Dresden.

M. Burger u. *F. Fuchs*-Wien: **Zur Frage der Gasfüllung des Nierenbeckens (Pneumopyelographie).** Wien. klin. Woch. 1927. Nr. 6.

Im Gegensatz zur Kontrastfüllung des Nierenbeckens mit schattengebenden Flüssigkeiten wird die Pneumopyelographie nur sehr wenig angewandt. Der Grund dafür liegt wohl in ihrer Gefährlichkeit wegen der Möglichkeit einer Luftembolie. Denn es besteht die Gefahr, daß bei der Gasfüllung des Nierenbeckens ein Gasübertritt in das Venensystem stattfindet. Wenn auch die Gefahr des plötzlichen Todes bei Verwendung von reinem Sauerstoff wesentlich geringer ist als bei Luft, weil die Resorptions-

Digitized by Google

kraft des Venenblutes dafür größer ist als für Luft, so haben tierexperimentelle Untersuchungen gezeigt, daß es auch hierdurch zu einem plötzlichen Tod unter dyspnoischen Erscheinungen kommen kann.

Krüger-Sagan.

P. Gorowitz-Odessa: **Über die Formveränderung der Fremdkörper in der Harnblase.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Mitteilung zweier Beobachtungen, wo der in die Blase eingebrachte Fremdkörper eine eigenartige Formveränderung angenommen hatte, einmal eine Verschlingung und Verknotung eines *Katheters* um den Hals eines pilzförmigen Blasensteins, das andere Mal eine zu einem Klumpen umgestaltete Schlingenbildung einer *Wachskerze*. Die Möglichkeit solcher Verschlingungen ist nur dann gegeben, wenn der Fremdkörper lang, weich, schnurartig ist und während der Einführung in die Blase eine Knickung erfährt, die Harnblasenkontraktionen sehr kräftig und häufig sind und auch die Lage des Fremdkörpers in der Blase günstig für die Schlingenbildung ist. *Pürckhauer*-Dresden.

K. Heusch-Berlin: **Über ein seltenes Gewächs der Harnblase.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. H. 16.

Bei einem Fall von ausgedehnter Neurofibromatose fanden sich auch *Neurofibrome* der Harnblase. Zweckmäßig sollte bei jeder Neurofibromatose, selbst wenn keine Blasenbeschwerden vorliegen, zystoskopiert werden.

Pürckhauer-Dresden.

Rudolf Oppenheimer: **Über Infektion der Harnorgane durch Influenzabazillen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. H. 12.

Mitteilung eines Krankheitsfalles mit doppelseitiger Pyelonephritis und chronischer Zystitis, die durch *Influenzabazillen* bedingt waren (kultureller Nachweis). Therapeutisch *refraktärer* Fall, auch nach operativer Spaltung des unteren Nierenpols mit Dränage. *Pürckhauer*-Dresden.

A. J. Scholl: **Cohabitation, Celon Bacillary, Urinary Tract Infection. (Kohabitation und Koliinfektion der Harnwege.)** Los Angeles, Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 22.

Durch Koli verursachte Pyelonephritis ist bei jung verheirateten Frauen ein häufiges Ereignis. Die Ursache bilden meist kleine Kohabitationsverletzungen, die wiederum die Eintrittspforte für die Erreger darstellen. Doch ist auch Übertragung auf dem Blut- oder dem Lymphwege möglich. Nach kurzen Krankenvorstellungen wird als wirksames Therapeutikum das Merkurochrom angegeben, uns zwar als 1% Nierenbeckeninjektionen und als 1% Blasenspülungen. *Röntz*-Bonn.

William Zentmayer: **The Prostate As a Remote Focus of Infection in Ocular Inflammations. (Die Prostata als Infektionsausgangspunkt bei Augenentzündungen.)** Philadelphia, Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 15.

Bei metastatischen Augenentzündungen ist außer Mund, Nase und Rachen auch die Prostata als Infektionsquelle zu berücksichtigen. Es handelt sich jedoch dabei meist um nicht gonorrhöische Infektionen. Verf. führt 4 Fälle an, bei denen sich auf diese Weise Entzündungen des inneren Auges entwickelt hatten. *Röntz*-Bonn.

Digitized by Google

Hoffmeister: **Über Ectopia testis.** M. K. 1927. 11.

Unter diesem Krankheitsbild versteht man den Zustand, wo der Hoden nach seinem Austritt aus dem Leistenring von seiner normalen Bahn abgelenkt wird (Ectopia cruralis, properitonealis, inguinalis, scrotofemoralis). Zu den wenigen Fällen von Ectopia properitonealis der Literatur wird hier ein neuer Fall beschrieben, der durch Operation geheilt wurde.

Siegfried-Aachen.

K. Werwath-Danzig: **Totale zystische Entartung eines Leistenhodens.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. H. 10.

Eine bei einem 3jährigen Knaben in der linken Leistengegend oberhalb des Lig. inguinale befindliche Geschwulst, die operativ entfernt wurde, erwies sich als eine Blutzyste mit flüssigem Inhalt. Wenn auch in den umgebenden Hüllen kein Hodengewebe nachweisbar und keine Samenstrangreste zu finden waren, so glaubt Verf. doch, daß es sich um den völlig entarteten Hoden gehandelt hat (Torsion des Leistenhodens).

Pürckhauer-Dresden.

C. Bruni-Neapel: **Seltene Anomalie der Urogenitalorgane: doppelter Penis.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Mitteilung einer eigenen Beobachtung dieser äußerst seltenen Mißbildung bei einem 35jährigen tötlich Verunglückten: Beiderseits von der Medianlinie 2 Penis von fast normaler Größe. Darunter zwei sackartige Gebilde mit nur je einem Hoden. Normale Harnröhren, zwei Harnblasen. Unterhalb der Hodensäcke je eine runde Öffnung, die die *Analöffnungen* darstellen. Prostata: normal. *Pürckhauer*-Dresden.

Urologie. Therapie.

Leibfreid u. *Tuchschnid:* **Die therapeutische Bedeutung des Magn. sulf. bei Störungen der Harnentleerung.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Die von *Woitaschewski* auf Empfehlung von Prof. *Vindintzew* zuerst angewandten intramuskulären Einspritzungen von täglich oder über einen Tag zu 1,0—3,0 einer 25%igen wässerigen, sterilen Lösung von $MgSO^4$ bewähren sich auf Grund von 47 Beobachtungen der Verf. in der Tat als anästhesierendes Mittel bei Störungen der Harnentleerung, zentralen Ursprungs, wie auch bei Ur. post. gon. und auch bei Enuresis nocturna. Unangenehme Nebenwirkungen werden nicht beobachtet. *A. Jordan.*

K. Haslinger-Wien: **Zur Therapie der reflektorischen Anurie.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Die reflektorische Anurie kann durch die *paravertebrale Injektion* günstig beeinflußt werden. Es wird durch die Paravertebralanästhesie nicht nur eine Ausschaltung der Vasokonstriktoren erreicht, sondern auch eine Behebung eines Reizzustandes der sekretionsfördernden Nerven der Niere, also sowohl eine Splanchnikus- wie auch eine Vagusanästhesie.

Pürckhauer-Dresden.

A. Marchionini-Freiburg i. B.: **Die Neosalvarsanbehandlung der akuten und chronischen Zystitis und Pyelitis und der sogenannten terminalen Hämaturie bei Gonorrhöe.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. H. 11.

Digitized by Google

In der großen Überzahl derart behandelter Fälle wurden günstige Resultate erzielt. Postgonorrhöische Zystitiden und Pyelitiden, terminale Hämaturie bei Gonorrhöe, manche Formen von Koliinfektion, die Protozoenzystitis zeigen günstige Beeinflussung, während tuberkulöse Zystitis, einzelne Formen von Koliinfektion und akute und chronische Zystitiden unklarer Ätiologie unbeeinflußt blieben. Im allgemeinen genügen 4—5 Neosalvarsaninjektionen Dos. I—III, bei Männern eventuell IV; Intervall 3—5 Tage.

Gegenindikation nur Kreislaufinsuffizienz, dagegen nicht Fieber, lokale Schmerzen. Theoretisch läßt sich die kurative Wirkung vielleicht erklären mit einer Kombination von *lokaler Desinfektion* (die formaldehydsulfoxydsaure Natriumkomponente des Neosalvarsans) und *allgemeine Umstimmung des Körpers.* *Pürckhauer*-Dresden.

H. Strauß-Bad Wildungen: **Neosalvarsan in der Behandlung von Harninfektionen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 8.

Neosalvarsan (3 Dosen zu je 0,15 an 3 aufeinanderfolgenden Tagen) sollte *bei allen frischen und besonders auch veralteten Kokkeninfektionen* der Harnwege stets in Erwägung gezogen werden. Es übt, im Gegensatz zu den bisherigen Harndesinfizientien, sowohl von Blut und Geweben aus, als auch in Form bakterienfeindlicher Abbauprodukte im Urin seine desinfizierende Kraft aus. Mißerfolge sind abhängig von 1. Komplikationen mit Steinbildung, 2. Prostatitis und Spermatozystitis, 3. Vorhandensein von Anaerobien oder Bacterium coli neben den Staphylokokken.
Pürckhauer-Dresden.

Schmutte-Berlin: **Die Behandlung der Harninfektion mit Mercurochrom.** (Berliner urologische Gesellschaft.) Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 8.

Die von Amerikanern (*Young, Braasch* u. a.) angegebene *intravenöse Behandlung mit Mercurochrom* zur Bekämpfung der Harninfektionen jeder Art wurde an 26 Fällen nachgeprüft; nur wurden zur Vermeidung toxischer Erscheinungen nicht die heroischen Dosen der Amerikaner gegeben, sondern nur der zehnte bis dritte Teil. Selbst dabei stellten sich in 8 Fällen noch toxische Nebenerscheinungen ein. Es wurden nur Kranke behandelt, bei denen die übrigen Behandlungsmethoden versagt hatten. So waren die *Erfolge* auch nur *mäßig*, nur Pyelitis sprach gut darauf an. Es ist aber doch ein Weg, der weiter verfolgt werden sollte, besonders wenn man die toxischen Erscheinungen durch Lösung des Mercurochroms in 50%iger Traubenzuckerlösung auszuschalten versucht.

In der Aussprache hebt *Joseph* hervor, daß Traubenzucker ja an und für sich ein wunderbares Heilmittel ist, daß also bei Erfolgen mit dem Mercurochrom-Traubenzuckergemisch unklar ist, welches von beiden Mitteln das heilende war. *Balog* erwidert, daß aus Tierversuchen der Amerikaner hervorgeht, daß nicht die Zuckerlösung die gute Wirkung ausgeübt hat, sondern das Mercurochrom. *Pürckhauer*-Dresden.

Emil Haim-Budweis: **Beitrag zur Operation der Phimose.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 5.

Die angegebene Operationsmethode basiert darauf, daß das *innere* Vorhautblatt *allein* die Verengerung bewirkt. Die äußere Haut des Präputiums ist immer elastisch und dehnbar. Zirkulärschnitt am Präputialrand, wodurch die beiden Blätter voneinander getrennt werden. Das äußere

Digitized by Google

Blatt läßt sich leicht zurückziehen. Spaltung des inneren Blattes durch 3—4 radiäre, seichte Schnitte und Vereinigung mit dem inneren Blatt durch Naht. *Pürckhauer*-Dresden.

B. Schapiro-Berlin: **Über die sexuelle Potenz und die Spezifizität der männlichen Sexualhormone.** (Berliner urologische Gesellschaft.) Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 9.

Die Potenz wird als Resultante aus Ladung und Widerstand aufgefaßt, die Impotenz als Widerstands- und Ladungsstörung. Die *Impotenz aus Ladungsmangel* ist vorwiegend *hormonal* bedingt, durch Ausbleiben der normalen Wirkung der Sexualhormone, die *Impotenz infolge erhöhten Widerstandes psychischer* Art. Der *hormonale Ladungsfaktor* spielt im allgemeinen die *Hauptrolle* und ist auch bei psychoneurotischer Alteration zu berücksichtigen. Therapeutisch soll man also zuerst immer versuchen, durch *Verstärkung der Ladung* zum Ziel zu kommen. Vorbedingung für die Wirksamkeit eines Hormonpräparates ist, daß es aus Organ*extrakt* und Organ*trocken*substanz besteht. Diesen Anforderungen entspricht das *Testifortan* (Chem. Fabr. Promonta-Hamburg), womit Verf. — bei 200 Fällen — in 80% Erfolge erzielen konnte. *Pürckhauer*-Dresden.

Syphilis.

Allgemeine Pathologie. Serologie.

Adler: **Lues und Senkungsreaktion.** M. K. 1927, 2.

Die Senkungsreaktion (S.R.) mißt eine Dispersitätsvergröberung der Blutkolloide, sie zeigt eine Vermehrung der Globuline auf Kosten der Albumine an. Globuline ihrerseits geben ein Maß an für den pathologischen Eiweißabbau im Organismus. Die S.R. ist also nicht spezifisch etwa für Lues allein, sie kommt auch bei Malaria, Tbc. und anderen konsumierenden Krankheiten zustande. Verf. hat an 250 Lues- und Nachluesfällen die S. R. verfolgt. Er kommt zum Schluß, daß wir in der S.R. ein vorzügliches Reagenz besitzen zur Feststellung der Progredienz luetischer Prozesse aller Stadien. Mit zunehmender Besserung und Heilung nähert sich die S.R. mehr und mehr dem Normalen. Besonders wertvoll erweist sich die S.R., um Schlüsse zu ziehen auf Progredienz der Tabes, um zu wissen, ob man noch weiter behandeln soll oder „Quieta non movere". Malariabehandelte Luetiker kamen nach durchgeführter Kur auf normale Senkungswerte, auch wenn sie vor Impfung starke Beschleunigung aufwiesen. Verf. möchte, daß alle Wa.-R.-Untersuchungen begleitet würden durch die leicht anzustellende S.R., zumal erstere nur Lues als solche anzeigt, letztere den Stand ihrer augenblicklichen Aktivität.

Siegfried-Aachen.

N. Gurewitsch und *B. Silbermann:* **Der lipolytische Blutkoeffizient in den verschiedenen Syphilisperioden.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 5.

Die Verff. untersuchten in 63 Fällen das Blut der Syphilitiker verschiedener Perioden und fanden, daß der lipolytische Blutkoeffizient in allen Fällen aktiver Syphilis vermindert ist und sich unter der spezifischen Behandlung hebt. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Franz Jahnel und *Johannes Lange:* **Zur Syphilisimmunität der Paralytiker.** Münch. med. Woch. Nr. 45, 1926.

Verfasser untersuchten die Frage, ob der Paralytiker nur gegen bestimmte Syphilisstämme immun ist oder gegen alle. Ausgehend von der beim Kaninchen gemachten Erfahrung, daß ein mit einem Truffi-Stamme infiziertes Tier wohl gegen diesen Stamm immun sei, sich aber noch erfolgreich mit einem Nickolstamm infizieren ließe, versuchten sie unbehandelte Paralytiker mit dem Nickolschen Virus zu impfen, um so eine aktive Immunisierung gegen Syphilis und dadurch eine Hebung der Abwehrkräfte zu erzielen. Es zeigte sich aber, daß diese Infektion nicht anging. Es besteht also beim Menschen offenbar im Gegensatz zum Tier eine Panimmunität gegen die verschiedenen Syphilisstämme, wenn die Infektion mit einem derselben erfolgt ist. *Weinstock*-Charlottenburg.

M.: Kitchevatz, **Einige Bemerkungen über den Spirochäten-Nachweis.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 8—9. 1926.

Verf. weist darauf hin, daß in syphilitischen Effloreszenzen oft nur wiederholtes Suchen zum Ziele führt. Bei 30 Kranken fanden sich Spirochäten bei der ersten Untersuchung in 76 %, bei der zweiten in 17 %, bei der dritten in 7 %. *Zurhelle*-Bonn.

W. Schönfeld und *H. Krey:* **Das Vorkommen von Spirochäten im Liquor von Syphilitikern und deren Beziehungen zu anderen Liquorbefunden.** Münch. med. Woch. Nr. 10, 1927.

Die Verfasser untersuchten die Liquores von 16 unbehandelten Fällen von Hautsyphilis aller Stadien und 1 Tabes nach der von *Warthin* und *Starry* angegebenen Silber-Agarmethode und nach *Levaditi* auf Spirochäten, wobei sie nach ihren Erfahrungen der Silber-Agarmethode den Vorzug geben. In der größeren Hälfte ihrer untersuchten Syphilisfälle wiesen sie mit Sicherheit Spirochäten nach und zwar, was bemerkenswert ist, auch bei Fällen, die nach den üblichen Untersuchungsmethoden einen normalen Liquor aufwiesen. Durch dieses Ergebnis büßen unsere heutigen gebräuchlichen Methoden der Liquoruntersuchung in diagnostischer und prognostischer Hinsicht, vielleicht auch als Methoden zur Beurteilung der Wirksamkeit einer antisyphilitischen Behandlung an praktischer Bedeutung ein.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Albrecht Schmidt-Ott: **Über die Beeinflussung der experimentellen Kaninchensyphilis durch Trypanosaninfektion.** Münch. med. Woch. Nr. 35, 1927.

Zum Zwecke des Studiums der Infektionstherapie bei experimenteller Kaninchensyphilis superinfizierte der Verfasser 19 Kaninchen mit gut entwickelten Primäraffekten mit Nagana- und Dourine-Trypanosomen. In bestimmten Zeiträumen nach der Superinfektion wurden die Tiere mit für Syphilisspirochäten unwirksamen Dosen von „Bayer 205", Trypanosan und Neosalvarsan behandelt. Es konnte zunächst eine lokale Reaktion der syphilitischen Primäraffekte als unmittelbare Folge der Superinfektion festgestellt werden, die in einer Schwellung mit nachfolgender Erweichung der syphilitischen Schanker bestand. Ferner verschwanden die Spirochäten rascher, die syphilitischen Primäraffekte heilten rascher ab als bei nicht infizierten Tieren. Es trat außerdem bei fast allen infizierten Tieren Fieber

Digitized by Google

bis zu 40° auf. Eine Heilung der experimentell erzeugten Syphilis bewirkt die Trypanosomen-Superinfektion aber nicht, wie sich durch positive Drüsenverimpfung oder Rezidive nachweisen ließ.

Theoretisch erklärt der Verfasser den Einfluß der Trypanosomeninfektion auf die Syphilis durch unspezifische an den Syphilomen ausgeübte Reaktionen, bei denen Zerfallsprodukte der Trypanosomen und aus dem infizierten Gewebe stammende Stoffe eine Rolle spielen und zusammen mit dem Fieber und die dasselbe bedingenden Substanzen eine zerstörende und entwicklungshemmende Wirkung auf die Spirochäten ausüben. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

F. W. Kloeppel: **Salvarsanresistenter Spirochätenstamm bei einem Ehepaar.** Münch. med. Woch. Nr. 46, 1926.

Mitteilung der Krankengeschichte eines Ehepaares, bei dem sich sowohl beim Ehemann wie bei der Ehefrau trotz energisch eingeleiteter Salvarsankur keine Tendenz zur Abheilung und zum Verschwinden der Spirochäten zeigte. Erst nach endovenöser Applikation von Calomel-Diasporal erfolgte der Schwund der klinischen Erscheinungen.

Weinstock-Charlottenburg.

R. Nothaas: **Experimentelle Untersuchungen über die salvarsanresistente Lues.** Münch. med. Woch. Nr. 18, 1927.

Verfasser überimpfte das Blut zweier Fälle von salvarsanresistenter Lues auf Kaninchen und konnte feststellen, daß die Salvarsanresistenz der Spirochäten nach der Überimpfung nicht mehr nachweisbar ist. Auch besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen der Inkubationsdauer der salvarsanresistenten Stämme und der anderer frisch vom Memschen gewonnenen Stänme. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

S. v. Szentkiralyi-Hodmezövasarhely: **Über die Lebensdauer der Spirochaeta pallida unter der Einwirkung der Wismutbehandlung.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 1927.

Während bei Anwendung von Neosalvarsan die lebenden Spirochäten aus den Papeln meist nach 12 Stunden völlig und für dauernd verschwinden, dauert dies bei reiner Hg-Behandlung sehr lange, oft noch über die Epithelisierung der Effloreszenzen hinaus. Die gleichen Verhältnisse wurden bei Anwendung des Wismuthlezithinpräparates Neobismosalvan untersucht. Dabei zeigte sich, daß das Verschwinden und die Herabsetzung der Lebensfähigkeit bei diesem Präparat nicht so prompt wie bei Salvarsan ist, aber meist verschwanden sie innerhalb 24 Stunden aus den Läsionen, die Vitalität der Spirochäten blieb in den ersten 24 Stunden unverändert, nahm aber dann rapid ab. *Krüger*-Sagan.

F. Jahnel: **Über das Vorkommen der Spirochaeta Duttoni im Hirngewebe des Menschen (Paralytikers) während der Rekurrenstherapie.** Münch. med. Woch. Nr. 48, 1926.

Es gelang dem Verfasser, bei 2 während der akuten Phase der Rekurrenstherapie verstorbenen Paralytikern, Rekurrensspirochäten im Nervensystem färberisch nachzuweisen, bei zwei weitern Fällen lieferte der Mäuseversuch ein positives Ergebnis. Die Rekurrensspirochäten finden sich frei im nervösen Parenchym, ohne nähere Beziehungen zu den Gewebs-

Digitized by Google

elementen, manchmal jedoch in der Nachbarschaft von Gefäßen und vorzugsweise in dem obersten, unmittelbar unter der Pia liegenden gliösen Randsaum der Hirnrinde. Auch in der Pia sind sie in nicht geringer Zahl vorhanden. *Weinstock*-Charlottenburg.

Hoffmann und *Armuzzi:* **Experimentelle Untersuchungen über salvarsanresistente Syphilisspirochäten.** D. m. W. 1927, Nr. 2.

Fortsetzung zu der Arbeit in Nr. 38 dieser Wochenschr. über Salvarsanresistenz und Salvarsandosierung. Verimpfung einer Genitalpapel (Rezidiv trotz starker erster Kur) der mit 3,05 g Natr. Salv. erneut vorbehandelten Patientin auf Kaninchen subscrotal; sämtliche Impfschanker gingen sehr schnell an und enthielten lange Zeit auffallend bewegliche Pallidae. Die prompte Wirkung von 0,02—0,03 g Neo- oder Natr. Salv. pro Kilo auf die Impfschanker und ihre Spirochäten bestätigt die Annahme, daß die Resistenz im wesentlichen auf einer Insuffizienz des betreffenden menschlichen Organismus beruht. Das Vorkommen völlig und dauernd resistenter Spirochätenstämme ist danach nicht anzunehmen.

O. Dittrich-Kiel.

F. Plaut: **Untersuchungen über die Sonderstellung des Nervensystems zur Spirochäteninfektion.** Münch. med. Woch. Nr. 38. 1926.

Dem Verfasser gelang es, Kaninchen, die bisher als unempfindlich gegenüber der Rekurrensspirochäte galten, durch subokzipitale Impfung mit Rekurrens zu infizieren. Es kam zu einem primären Haften der Spirochäten im Nervensystem unter Auftreten von Meningitiden. Die Spirochäten ließen sich im Liquor nachweisen, können aber auch ins Blut übertreten. Die Infektion kann auf das Nervensystem beschränkt bleiben; bei Überimpfung von Gehirn, Leber, Milz, Blut und Liquor eines Kaninchens erkrankten nur die mit Gehirn geimpften Mäuse an Rekurrens.

Auch nach intraperitonealer Rekurrensimpfung von Kaninchen dringen die Spirochäten ausschließlich in das Nervensystem ein und haften dort, ohne Liquorveränderungen herbeizuführen. Bei Organimpfungen gingen nur die mit Gehirn gespritzten Mäuse an.

Durch diese Versuche ist erwiesen, daß das Nervensytem des Kaninchens von der natürlichen Immunität dieses Tieres gegen Rekurrens ausgeschlossen ist, und somit eine Sonderstellung gegenüber anderen Organen einnimmt. *Weinstock*-Charlottenburg.

S. Orlow und *S. Fried:* **Die spontane Kaninchenspirochätose.** Venerologie u. Dermatologie 1927. Nr. 10.

Verfasser hatten Gelegenheit, eine spontane Kaninchenspirochätenepidemie zu verfolgen, wobei die Mehrzahl der Tiere im Alter von 1—2 Jahre standen. Bei 7 % der erkrankten Kaninchen wurden Affektionen an den Genitalien und an anderen Stellen konstatiert. Durch die Behandlung mit Neo- wie mit Bi-Präp. kam es zur Heilung und im Laufe von 5 Monaten sind auch keine Rezidive beobachtet worden. Die Wa.-R. wie die R.-S.G. fiel in 48 % völlig negativ, in den übrigen schwach positiv, in einem Falle stark positiv aus. Die in ⅓ aller Fälle in der Spinalflüssigkeit beobachtete Pleozytose erklären Verfasser durch andere Infektionen, da sie für eine Infektion mit Spir. cuniculi nicht spezifisch ist. *A. Jordan.*

Digitized by Google

A.: Pasini, **Experimentelle Untersuchungen über die syphilitische Superinfektion und Immunitätserscheinungen bei Syphilis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 3. S. 941.

Pasini hat bei 17 Fällen von Syphilis in verschiedenen Stadien experimentelle Superinfektionen vorgenommen, die ihn zu folgenden Schlüssen veranlassen: 1. Die experimentelle syphilitische Superinfektion kommt beim Menschen nicht in konstanter Weise zum Ausdruck; bei den vorliegenden Fällen gelang sie bei 70%. Die erhaltenen Veränderungen entsprechen fast immer den eigenen Charakteren der Erscheinungsperiode, in der sich spontan der Syphilitiker befindet. 2. Das heterologe Spirochätenmaterial verhält sich, wenn es in verschiedener Weise gleichzeitig bei verschiedenen Syphilitikern implantiert wird, verschieden, auch bei demselben Individuum gegenüber den verschiedenen Hautdistrikten. Indifferent gegen die Spirochätenverimpfung erwies sich das von tertiären syhilitischen Erscheinungen herrührende Narbengewebe. Es besteht also bei der Syphilis neben einer allgemeinen auch eine lokale Immunität. 3. Die der Verimpfung heterologen Spirochätenmaterials folgende allergische entzündliche Reaktion ist als eine histiogene Verteidigungsmaßnahme aufzufassen und bezweckt das Verschwinden des Parasiten. Das schließt aber nicht die Unmöglichkeit ein, daß spezifische Superinfektionserscheinungen auftreten. Es ist daher wahrscheinlich, daß die Spirochäten in der allergischen Gewebsveränderung in Formen und in Entwicklungsphasen persistieren, die wir mit den zu Gebote stehenden Untersuchungsmitteln nicht feststellen können. 4. Die heterologe Spirochätenverimpfung führt nicht immer zum Auftreten allergischer Reaktionen (lokale Immunität) und zu spezifischen Superinfektionserscheinungen. Man muß daher annehmen, daß neben einer Verteidigungsreaktion durch histiogene Immunität, welche sich in den allergischen Erscheinungen äußert, noch eine andere durch eine humorale Immunität besteht, welche sich klinisch nicht äußert. 5. Die autogene Spirochätenverimpfung gibt gewöhnlich viel leichtere und vorübergehendere allergische Reaktionen, als die Verimpfung heterologen Materials. 6. Die spezifischen Heilmittel, welche schnell und energisch gegen die Erscheinungen der spontanen Syphilis wirken, wirken langsam und verzögert auf die Produkte der heterologen Spirochätenverimpfung, deren Entstehung und zeitweise Entwicklung sie nicht verhindern. 7. Aufeinanderfolgende heterologe Spirochätenverimpfungen geben gewöhnlich allmählich stärkere, manchmal sehr mächtige allergische Reaktionen. Das spricht für eine durch aufemanderfolgende Einführungen des syphilitischen Virus erworbene Hypersensibilität und Hyperreagibilität der Gewebe und findet das Gegenstück in Beobachtungen bei verschiedenen anderen infektiösen Krankheiten (*Zironi*). 8. Der Mechanismus der Sensibilität und histiogenen allergischen Reaktionen ist nicht gut gekannt und nachweisbar. Unter den Theorien, welche vor allem Wert auf die Verteidigungsreaktion durch Lymphozytose und eine teilweise durch die Elemente des retikulär-endothelialen Systems bedingte Phagozytose legen, zeigt die an den allergischen Produkten vorgenommene anatomische Untersuchung, ohne daß man ihre Bedeutung noch besonders bewerten kann, eine große Anteilnahme der Elemente des retikulär-endothelialen Systems.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Piccardi: **Experimentelle syphilitische Reinfektion.** Sez. piemontese d. soc. ital. d. Dermatol. 5. IV. 1927. Giorn. ital. d. Dermatol. S. 1057. 1927.

Bei einem mit Salvarsankuren behandelten Syphilitiker traten nach Verimpfungen mit heterologem Syphilismaterial drei spirochätenreiche Primäraffekte auf. 42 Tage später typisches makulo-papulöses Exanthem. Nach Injektion von Neoargirol starke Herxheimersche Reaktion. Der Patient litt an einer progressiven Paralyse, trotzdem bestand keine Immunität gegen die dermotropen Parasiten. Der Fall spricht also gegen die vermeintliche Dualität der Spirochäten. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

P. Mulzer: **Kann das Tierexperiment zur Diagnose der menschlichen Syphilis verwendet werden?** Münch. med. Woch. Nr. 38, 1926.

Der Verfasser spricht sich in der vorliegenden Arbeit dafür aus, das Tierexperiment in Fällen fraglicher Lues anzuwenden, insbesondere bei Fällen, die nach unserer heutigen Auffassung als abortiv oder durch die Malariabehandlung geheilt anzusehen sind. Bei Anstellung des Tierexperimentes muß man die neuesten Untersuchungsergebnisse von *Kolle* berücksichtigen, der auf die große Bedeutung der „stummen Infektion" bei Kaninchen hinwies und zeigte, daß bei diesen sogenannten „Nullern" die Verimpfung der Popliteadrüse oft noch ein positives Resultat zeitigt; häufig sogar erst in der 2. Drüsenpassage. Um den Prozentsatz negativer Impfresultate noch weiter herabzusetzen bzw. ganz zu beseitigen, empfiehlt der Autor ferner Weiterverimpfung von Organen der sogenannten „Nuller" und genaue Beobachtung von Liquorveränderung bei den geimpften Kaninchen. Auf diese Weise dürfte es gelingen, aus einem negativ verlaufenen Tierversuch weitgehende Schlüsse auf das Nichtvorhandensein von Syphilis bzw. die Heilung derselben bei dem Spender des Ausgangsmaterials zu ziehen. *Weinstock*-Charlottenburg.

L. Lombardo und *G. Tornabuonid:* **Untersuchungen über die Empfänglichkeit des Lamas für Syphilis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 298.

Auf Grund der Mitteilungen aus der Literatur und eigener Versuche kommen *Lombardo* und *Tornabuonid* zu folgenden Schlüssen: Entgegen den Mitteilungen der Versuche von *Lancellotti* und *Jauregui* hatte keines von den etwa 30 in Europa beobachteten Lamas Anzeichen ähnlich der Syphilis gezeigt; keines dieser Lamas zeigte sich nach Inokulation mit verschiedenen von Menschen und Kaninchen stammenden Spirochätenstämmen bei verschiedener Technik auch nur im geringsten Grade empfänglich für Syphilis.

Die unsicheren Ergebnisse, welche *Lancellotti* und *Jauregui* durch das Serum immunisierter Lamas erzielten, ergaben nichts anderes, als die seit vielen Jahren erzielten Ergebnisse mit den Seren anderer Tiere und des Menschen in den verschiedenen Perioden der Infektion.

Derartige Versuche sind durch positive Kontrollversuche auf eine sichere Basis zu stellen, um aus ihnen therapeutische Schlüsse für ihre Anwendung zu ziehen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

A. Pasini: **Über die Verimpfbarkeit der Syphilis auf das Lama.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 306.

Negative Impfversuche mit Syphilis an 5 Lamas. *Pasini* schließt, daß das Lama für Syphilis nicht empfänglich ist, wofür auch die negativen Ergebnisse an anderen Instituten sprechen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Bosellini, P. L.: **Die experimentelle Syphilis beim Lama.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 296.

Neun Inokulationsversuche von Syphilis auf Lamas ergaben absolut negative Ergebnisse. Das Inokulationsmaterial stammte von Primäraffekten und syphilitischen Papeln. Die Inokulationen erfolgten am Präputium und Skrotum, auf die Schleimhaut der großen Labien, intraskrotal und in die vordere Augenkammer. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Albrecht und *Evers:* **Zur Frage der Wirkung von Wismutschmierkuren bei experimenteller Kaninchensyphilis.** M. K. 1927, 8.

Verfasser hatten nach Giemsas Vorgang, der prüfen wollte, ob „ein jeder haptophoren Gruppe bares organisches Produkt, wie es sein Triphenylwismut war, die Spirochäten in vivo überhaupt zu beeinflussen vermöge," ihrerseits nachweisen wollen, ob die Wismutschmierkur ohne Schädigung des Tieres für die Kaninchensyphilis therapeutisch in Frage kommt. Sie waren dabei zu einem absprechenden Urteil (entgegen Giemsa) über das perkutan einverleibte Bi. gekommen. In ihren jetzigen Nachprüfungen mit dem Giemsaschen Präparat selbst und unter Widerlegung von Giemsas sonstigen Einwänden kommen sie zu dem Schluß, daß, wenn auch eine Einwirkung auf die Spirochäten des Kaninchenschankers nicht abzuweisen sei, eine therapeutisch brauchbare Beeinflussung der Kaninchensyphilis durch Wismutschmierkuren nicht in Frage kommt, da kurative und toxische Dosen sich hier zu sehr nähern. Die intramuskuläre Bi.-Injektion dagegen vermag schon nach einmaliger Gabe von 3 mg des gleichen Bi.-Präparats den Kaninchenschanker zu heilen. *Siegfried*-Aachen.

S. Orloff: **Die heilenden und toxischen Eigenschaften des Triparsol bei experimenteller Syphilis der Kaninchen.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 3.

Das Triparsol entwickelt bei der experimentellen Syphilis der Kaninchen eine ziemlich langsame Wirkung auf die Spir. pallida und nur in Dosen, welche höchst toxisch für die Kaninchen sind, so daß es dem Stovarsol nachsteht. *A. Jordan.*

Uhlenhuth und *Großmann:* **Untersuchungen zur Frage der Vererbung der experimentellen Kaninchensyphilis.** M. K. 1927, 1.

Spirochäten im mütterlichen Blut sind allein nicht entscheidend für intrauterine Übertragung, auch latente Lues fehlte in mehreren Fällen. Luesübertragung durch syphilitisches Sperma fand in den 3 Fällen nicht statt, die zum Versuch herangezogen wurden. Außer Kontakt von mütterlichem und fötalem Blut spielen noch andere Faktoren mit. Vielleicht ist Plazenta nicht immer für Spirochäten durchgängig, sondern nur zeitweilig, oder Föten sind zeitweilig nicht empfänglich. Da Kaninchengravidität nur 4 Wochen dauert, sind überhaupt diese Tierversuche nicht vorbehaltlos für Menschen bindend. Das Problem der Luesvererbung wird demnach durch experimentelle Kaninchensyphilis schwerlich zu lösen sein. *Siegfried*-Aachen.

Uhlenhuth und *Großmann:* **Experimentelle Untersuchungen zur Frage der chemo-therapeutischen Ausheilung der Kaninchensyphilis.** D. m. W. 1927. Nr. 7.

An zwei Versuchsreihen, von denen die erste Kaninchen mit frischen Erscheinungen schwerer Allgemeinsyphilis, die andere Tiere aufwies, deren

Digitized by Google

manifeste Erscheinungen schon seit längerer Zeit abgeheilt waren, wurde die Frage der Ausheilung nach Behandlung mit großen Dosen von Neosilbersalvarsan bzw. atoxylsaurem Wismut untersucht. Methodik: Kombination von Organverimpfung (Leber-Milz-Knochenmark) und Poplitealdrüsenverimpfung (bis zu 2 Passagen), Neosilbersalvarsan 0,1 oder atoxylsaures Wismut 0,06—0,1 pro kg 113 Tage — 8 Monate nach der Impfung, Kontrollen. In Reihe I war in keinem Falle, weder bei der primären noch bei der sekundären Impfung Angang zu beobachten, während Organe und Drüsen der Kontrolle bei gesunden Hoden typische Erkrankungen hervorriefen. An den Versuchstieren der Reihe II war vor der Behandlung durch positiven Ausfall der Poplitealdrüsenverimpfung die latente Infektion nachgewiesen worden. Auch bei dieser Reihe erkrankte nur die mit Drüsen und Organen der Kontrolle geimpften Tiere. Auf Grund dieser Ergebnisse nehmen Verfasser an, daß alle behandelten Tiere spirochätenfrei, also völlig geheilt waren, vorausgesetzt, daß die Methodik zuverlässig sei. Die negativen Ausfälle ihrer Versuche mit Verimpfung von anderen Organen wie Niere, Lunge, Herz, Muskel und Gehirn zeigten jedenfalls, daß diese sicher nicht als Spirochätendepots bevorzugt sind. Völlige Klarheit über die Infektiosität des verseuchten Organismus würde erst die technisch äußerst schwierige Verimpfung des ganzen Tieres bringen. Die beiden Reihenversuche stehen im Widerspruch zu der Reinfektionstheorie *Kolles*, nach welcher Kaninchen im Spätstadium nur in ganz vereinzelten Fällen heilbar seien, daß also die negative Reinfektion als Zeichen einer noch bestehenden Erkrankung aufzufassen sei. Verfasser haben an 4 Tieren 3—4 Monate nach der geschilderten Behandlung Reinfektionen vorgenommen und bis jetzt (1¼—2¼ Monate Beobachtungszeit) kein Angehen derselben festgestellt, während die Kontrollen nach 3—4 Wochen positiv ausfielen. *O. Dittrich*-Kiel.

J. F. Schamberg: **Therapeutic effect of hot baths in experimental primary syphilis in rabbits. (Therapeutischer Erfolg von heißen Bädern bei experimenteller, primärer Kaninchensyphilis.)** Philadelphia. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 16.

Schamberg und *Rule* gelang es bei primärer Kaninchensyphilis, 4 Tage nach der intratestikulären Infektion, durch heiße Bäder (113° Fahrenheit, 15 Minuten Dauer), an aufeinanderfolgenden Tagen gegeben, eine Weiterentwicklung der Lues zu verhindern. Die Körpertemperatur wurde jedesmal um 4° F. erhöht. Drei Kaninchenskroti wurden mit Spirochätenemulsion (Menschenspirochäten mit Tierpassage) geimpft. Zwei Kaninchen erhielten heiße Bäder, eins diente als Kontrolltier. 8 Tage später gute Abheilung der Schanker. Schankersaft spirochätenfrei. 2 Wochen später vollständige Abheilung. Kontrolltier zeigte 32 Tage nach der Infektion deutliche Schankerbildung mit zahlreichen Spirochäten. Als Beweis wurden die Inguinaldrüsen der Versuchstiere 75 Tage nach der Infektion herausgenommen, zerrieben und bei anderen Kaninchen injiziert. Negatives Resultat nach 83tägiger Beobachtungszeit. *Röntz*-Bonn.

Königsberg und *Gitmann:* **Zur Frage des Mechanismus der Wirkung des NS bei der Spirochätose der weißen Mäuse.** Venereologia u. Dermatologia 1827, Nr. 7.

Auf Grund ihrer Versuche sind die Verfasser zur Überzeugung gekommen, daß das Salvarsan nicht im vollen Sinne des Wortes spirillotrop

Digitized by Google

ist. Unzweifelhaft wirkt es aber sehr stark reizend und vielleicht spezifisch aktivierend auf die Spirochäten ein, was jedoch noch weiterer Forschungen bedarf. *A. Jordan.*

Silaenkoff: **Zur praktischen und theoretischen Bedeutung des Luetin-Brusson.** Venerologia u. Dermatologia 1926, Nr. 6.

Die Luetinprobe verdient als diagnostisches Hilfsmittel Beachtung. *A. Jordan.*

E. Lehner und *E. Rajka*-Budapest: **Die Luetinreaktion bei der Syphilis.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 15. 1927.

Gearbeitet wurde mit *Brusson*schem Organluetin. Im ganzen wurden 367 Fälle untersucht in den verschiedensten Stadien der Lues und auch Nicht-Luetiker. In 38,8 % der Fälle war bei Luetikern die Reaktion positiv. Diese positiven Fälle wurden gleichzeitig mit unspezifischen Stoffen (Aolan, Serum) und Tuberkulin geimpft. Während bei den ersteren nur selten positive Reaktionen zu erzielen waren, waren in etwa 75 % der Fälle positive Tuberkulinreaktionen vorhanden. Die verschiedenen Stadien der Lues waren auch verschieden stark an den positiven Ausfällen beteiligt. Während die positive Kutanreaktion im primären Stadium zwar 32,8 % und im tertiären auf 84 %. Ein Zusammenhang zwischen der Wa.-R. und der positiven Luetinreaktion war nicht nachweisbar. Ebenso war der Einfluß der spezifischen Behandlung auf den Ausfall der Reaktion nicht eindeutig. Die Behandlung kann die Intensität der Kutanreaktion sowohl in positiver wie in negativer Richtung verändern. *Krüger*-Sagan.

Piccardi: **Weitere Ergebnisse mit heterologen Einimpfungen bei Syphilitikern.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1464.

Fortsetzung der schon früher berichteten Versuche. Bei zwei in der primären Periode energisch mit Salvarsan behandelten Syphilitikern wurde eine wahre Reproduktion der Lues erzielt. Bei einem Patienten mit Roseola recidivans und drei Tabikern war das Resultat negativ. Bei einer Frau mit tertiärer gummöser und rupiaartiger Syphilis erfolgte nach Skarifikation am Arm nach kurzer Inkubation ein Syphilid vom korymbiformen Typus. Kontrolleinimpfung mit positivem inaktiviertem Serum von Paralysis progressiva gab ein negatives Resultat. Die Intradermoreaktion mit Luetin *Busson* veranlaßte eine erythemato-pomphoide Veränderung, welche in einigen Tagen spurlos abheilte.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

P. Wichmann-Hamburg: **Erfahrungen mit einem neuen Syphilisdiagnostikum aus Pallidareinkultur.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 21. 1927.

Gearbeitet wurde mit dem Pallidadiagnostikum der sächsischen Serumwerke, das einmal als Pallidareinkultur, sodann als Pallidaautolysat hergestellt wurde. Die Ergebnisse waren folgende: Bei 5 sicher luesfreien Patienten fanden sich sowohl auf P.-R. als auf A.-R. Infiltrate und Rötungen, wenn auch nur für kürzere Zeit. Bei Lues I wurde nur in einem Falle eine deutliche Reaktion gesehen. Bei Lues II waren die Resultate schon befriedigender, ein positiver Ausfall der Reaktionen war in 80 % der Fälle vorhanden. Die A.-R. ist meist wesentlich schwächer als die P.-R. und wohl als Diagnostikum wenig brauchbar. Die Nachprüfung an einem größeren Material wird empfohlen. *Krüger*-Sagan.

Digitized by Google

Kiss: **Serologischer Luesnachweis mittels Lezithinausflockung.** M. K. 1927, 49.

Während bislang die Flockbarkeit des Lezithins durch Zusatz von Cholesterin oder Harzen erhöht wurde, gibt Verf. hier mit genauer Technik ein Verfahren an, das die Verwendung des Lezithins ohne Zusätze als recht brauchbares Antigen ermöglicht. Diese Reaktion ist auch für quantitative Bestimmungen, z. B. der Spinalflüssigkeit gegenüber geeignet. In frischen Luesfällen hat Verf. selbst noch in 100—220facher Verdünnung erkennbare Flockung gesehen. Da hier eine chemisch definierte Substanz als Antigen benutzt wird, läßt sich mit ihrer Hilfe auf den neugeschaffenen theoretischen Grundlagen vielleicht eine Standardisierung der serologischen Untersuchungsmethoden in Angriff nehmen. *Siegfried*-Aachen.

G. Peli: **Die Reaktion von Vernes.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 816.

Peli, der die Reaktion von *Vernes* gleichzeitig mit der *Wassermann*- und *Meinicke*-Reaktion an 2056 Seren geprüft hat, äußert sich über seine Erfahrungen folgendermaßen: Die Reaktion von *Vernes* ist Veränderungen des Serums gegenüber empfindlicher als die beiden anderen Reaktionen; bei aktiver Syphilis ist sie ebenso spezifisch; sie erscheint bei primärer Syphilis früher als die Wa.-R. und auch etwas früher als die Meinicke-R. Bei behandelter Syphilis erreicht sie den Nullpunkt etwa gleichzeitig mit den beiden anderen Reaktionen, doch ergibt sie etwas früher niedere Werte, Die *Vernes*-R. hat den Vorteil vor den anderen Methoden, die Wirkung des Medikamentes schneller deutlich werden zu lassen. Die Verwendung der Apparatur für die *Vernes*-Reaktion gestattet eine größere Präzision und Konstanz der Resultate. Aber die Anwendung der *Vernes*-Reaktion allein, als einzige Methode, ist nicht anzuraten, wie auch die der anderen Reaktionen, einschließlich der Wassermann-Reaktion. Vom klinischen Gesichtspunkte aus ist die starke Empfindlichkeit gegen Veränderungen des Serums, die von verschiedenen uns bekannten Ursachen abhängig sein kann, sicherlich ein Nachteil, da sie eine gewisse Aspezifität bedingt und dadurch Unsicherheit schafft. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

L. Mazzini: **Die Reaktion von Kahn (zweite Modifikation.) verglichen mit der Wassermann- und der Meinicke-Trübungs-Reaktion.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 736.

Eingehende Prüfung der *Kahn*schen Reaktion (zweite Modifikation — Serum diagnosis of syphilis by precipitation. *Williams* und *Wilkins*. Baltimore. 1925). Nach den Ergebnissen *Mazzinis* ist die *Kahn*sche zweite Reaktion empfindlicher als die originelle Methode *Wassermanns*, aber weniger empfindlich als die *Meinicke*sche Trübungsreaktion. Die Methode ist aber nicht allein anzuwenden, da sie manchmal bei syphilitischen Seren völlig negative Resultate gibt, wo die *Wassermann*- und *Meinicke*-Reaktion schwach positiv ausfallen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

R. L. Kahn, L. P. Kendrick and *J. L. Landau:* **Report on three hundred thousand Kahn tests. (Ergebnis von 300000 Kahn-Reaktionen.)** Lansing. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 2.

Verfasser kamen bei ihren Untersuchungen zu folgendem Ergebnis: Die Kahnsche Reaktion ist neben der Wa.-R. von großer Bedeutung für die Luesdiagnose. Bei 174580 Seren war die K.-R. empfindlicher als die

Digitized by Google

Wa.-R. Dasselbe zeigte sich bei 8,661 Seren von behandelten Luetikern. Dagegen wurden bei 1,184 Liquoruntersuchungen fast die gleichen Resultate erzielt. *Röntz*-Bonn.

J. Finkelstein und *Aristowa:* **Die Kahnsche Reaktion und der ihr zukommende Platz unter den Methoden zur Diagnose der Syphilis.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 5.

Es wurden 4242 serologische Untersuchungen angestellt, wobei stets die R.-K. gleichzeitig mit der R.-W. und R.S.G. aufgestellt wurde. Eine Übereinstimmung aller 3 Reaktionen fand statt in 97,2%; eine solche zwischen der R.-K. und R.-S.-G. in 95,9% und eine solche zwischen R.-K. und R.-W. in 95,4%. Es ist die R.-K. in allen Stadien der Syphilis empfindlicher als die R.-W. und die R.-S.-G. Sie deckt sich in 99,22% mit den klinischen Erscheinungen. Der Kahnschen Reaktion gebührt daher der erste Platz unter den bisher üblichen Ausflockungsreaktionen. *A. Jordan.*

Nieuwejaar, L.: **Über die Kahnsche Syphilisreaktion.** Medizinische Revue. 43. Jg. S. 145.

Die Kahnsche Reaktion ist schneller und sicherer als die Wa.-R., mit der sie in 90% der untersuchten Fälle Übereinstimmung zeigte. Die tertiären Syphilisformen wurden durch die Kahn-Reaktion öfters als durch die Wa.-R. gefunden. *A. Kissmeyer.*

J. G. Hopkins and *W. M. Brunet:* **The Kahn precipitation test for syphilis. (Die Kahnsche Reaktion bei Syphilis.)** Neuyork. Journ. Americ Med. Ass. 1927. Nr. 5.

Verfasser heben die Vorzüge der Kahnschen Reaktion hervor: Einfachheit und Schnelligkeit des Verfahrens. Gegenüber der Wa.-R. können sowohl Serum wie Antigen in stärkeren Konzentrationen verwandt werden. Bei Lues I soll die K.-R. empfindlicher als die Wa.-R. sein. Zwecks Aufstellung eines Vergleichs wurden Fragebogen an 22 Laboratorien versandt, die folgendes Ergebnis zeigten: 1. Zahl der untersuchten Seren: 41002. 2. Zahl der Seren mit positiver Wa.-R. und K.-R.: 8878. 3. Zahl der Seren mit negativer Wa.-R. und K.-R.: 28934. 4. Zahl der Seren mit negativer Wa.-R. und positiver K.-R.: 731. 5. Zahl der Seren mit positiver Wa.-R. und negativer K.-R.: 832. 6. Zahl der Seren mit zweifelhaften Resultaten: 1627. *Röntz*-Bonn.

F. Berry, L. F. Ey and *G. M. de Long:* **Studies on the Kahn Test.** Columbus. Ohio. Journ. Americ. Med. Ass. Nr. 17. 1927.

In 15049 Fällen wurden Serumuntersuchungen sowohl mit der Wassermannschen Reaktion als auch mit der Kahnschen Reaktion vorgenommen. Es zeigte sich folgendes Ergebnis: In 89,13% vollkommene Übereinstimmung der beiden Reaktionen. In 6,54% waren leichte Differenzen vorhanden und in 4,32% zeigten sich ganz verschiedene Resultate. Bei den letzteren, es handelte sich um 651 Sera, waren 383 von Luetikern. Von diesen wiederum waren 286 Kahn-positiv und Wassermann-negativ bzw. 97 Kahn-negativ und Wassermann-positiv. Verfasser empfehlen die K.-R. wegen ihrer Empfindlichkeit, Kürze und Einfachheit der Ausführung. *Röntz*-Bonn.

T. G. Hull: **Twenty-six thousand Kahn tests compared with the Wassermann. (26000 Kahn-Reaktionen im Vergleich mit Wassermann-Reaktionen.)** The journal of the american medical association, Bd. 88, S. 1865.

Digitized by Google

Eine Übereinstimmung zwischen beiden Reaktionen wurde in 97,8 % gefunden. Die Krankengeschichten von 200 Fällen, bei denen Wassermann- und Kahn-Reaktionen nicht übereinstimmten, zeigten, daß die Kahn-Reaktion ein feinerer Indikator als die Wassermann-Reaktion ist. Die Vorteile der Kahn-Reaktionen liegen in der Ersparnis von Arbeit, Zeit und Kosten. *Memmesheimer*-Bonn.

Gribanow: **Die Kahnsche Reaktion zur Diagnose der Syphilis.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 6.

Die in ihrer Technik so einfache Kahnsche Reaktion, welche sich in Fällen von latenter Syphilis empfindlicher als die Wa.-R. erweist, ist gemeinsam mit der letzteren geeignet, das Maximum der Fälle von Syphilis zutage zu fördern. *A. Jordan.*

R. L. Kahn: **Micro-Kahn Reactions (Micro-Kahn Reaktionen).** Journ. Am. Med. Ass. Bd. 87, Nr. 25, 1926.

Ein Tropfen Serum oder weniger genügt, um die Reaktion mit einem hohen Genauigkeitswert anzustellen. *Memmesheimer*-Bonn.

I. E. Houghton, Oskar B. Hunter and *Tomas Cajigas:* **The Kahnt Test.** Washington. Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Nr. 23.

Kurzer Bericht über den Wert und die Bedeutung der Kahnschen Reaktion. Verfasser führten in 13971 Fällen sowohl die Wa.-R. als auch die K.-R. aus. In allen Luesstadien, besonders aber bei Lues I, war die K.-R. bedeutend empfindlicher als die Wa.-R. Die erstere hat außerdem den Vorteil, daß sie, was die Reagentien anbetrifft (Tiermangel in den Tropen), leichter anzustellen ist als die Wa.-R. *Röntz*-Bonn.

Maderna Candido: **Die Enzymreaktion bei Syphilis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1618.

Maderna schildert eingehend die Technik der Enzymreaktion, welche er bei 394 Fällen von Syphilis und auch bei anderen Krankheiten, insbesondere bei Lepra anstellte. Gleichzeitige Anwendung der Wa.-R.

Bei einer großen Zahl von Fällen ergaben die Enzymreaktion und die Wa.-R. dieselben Resultate. Stärker positiv fielen die Fälle mit frischer Syphilis und mit noch vorhandenen Erscheinungen aus; geringe Abweichungen wurden bei tertiären Formen und kongenitaler Lues festgestellt. Bei tuberöser Lepra fiel die Enzymreaktion im Gegensatz zur Wa.-R. konstant negativ aus. Bei zweifelhaften und nicht-syphilitischen Fällen erhielt der Autor übereinstimmende Resultate mit der Enzym- und Wassermann-Reaktion. Er nimmt an, daß die Enzymreaktion spezifisch ist.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Fritz Knigge: **Über klinische Erfahrungen mit der Fuchsinsublimatreaktion nach Takata-Ara.** Münch. med. Woch. Nr. 44, 1926.

Die beiden japanischen Autoren haben den Wert ihrer neuen Reaktion bisher an mehreren hundert Fällen geprüft. Diese besteht darin, daß zu 1 ccm Liquor ein Tropfen einer 10 %igen Natriumkarbonatlösung und dazu 0,3 ccm einer frischbereiteten Mischung aus gleichen Teilen einer 0,5 %igen Sublimat- und einer 0,02 %igen Fuchsinlösung hinzugefügt werden. Der normale Liquor zeigt danach eine blau-violette Farbe und bleibt völlig klar. Bei luetischen Erkrankungen des Nervensystems tritt

Digitized by Google

eine Ausflockung mit blau-violettem Niederschlag und darüberstehender wasserklarer Flüssigkeit ein. Bei nicht luetischer Meningitis kommt es zu einer Rosaverfärbung ohne Ausflockung.

Da in 95,9% der Fälle eine Übereinstimmung mit der Wa.-R. im Liquor festgestellt werden konnte, so kann die Reaktion als wertvolle Bereicherung der Liquordiagnostik angesehen werden. Die Probe ist aber nicht für Lues spezifisch. Die Wa.-R. wird durch die Ausführung der Reaktion nicht überflüssig gemacht. *Weinstock*-Charlottenburg.

Abadjieff: **Erfahrungen mit der R. Müllerschen Ballungsreaktion bei der Serodiagnostik der Lues.** M. K. 1927, 50.

Die Ballungsreaktion ist als weiteres Stadium der Flockungsreaktion anzusehen. Sie wird angestellt mit einem alkoholischen cholesterinierten Extrakt als Antigon, der neuerdings fabrikmäßig von *Schering* hergestellt wird. Gemäß genau angebener Technik ist obige Reaktion ziemlich umständlich und auch sonst ist Verf. mit dem Ergebnis seiner Nachuntersuchungen nicht recht zufrieden. Die Ballungsreaktion ist weniger empfindlich als die früheren Flockungs- und Trübungsreaktionen, von Wa. ganz zu schweigen, auch gibt sie öfters unspezifische Ergebnisse. Trotzdem Verf. 180 Seren prüfte, möchte er aber doch nicht das letzte Wort über den Wert obiger Reaktion gesprochen haben. *Siegfried*-Aachen.

J. Kamenetzky und *Kaplan-Began:* **Versuche mit einer modifizierten Kodama-Reaktion zur serologischen Syphilisuntersuchung.** Venerologia u. Dermatologia 1927, Nr. 11.

Die Modifikation bestand in der Verwendung von verdünnten Seren, 1 : 5. Antigene wurden aus Ochsen-, Schaf-, Pferde-, Schweine- und Meerschweinchen-, Hühner- und Gänseherz hergestellt, wobei sich als beste diejenigen aus Ochsen- und Gänseherz erwiesen. In 90% der Fälle stimmten die Resultate der Kodana-Reaktion mit denjenigen der Wassermannschen wie der Meinickeschen 3. Trübungsreaktion überein.

A. Jordan.

Armuzzi Giuseppe: **Die Häufigkeit des Befundes des Treponema pallidum im Liquor cerebro-spinalis Syphilitischer.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 1. S. 72.

Mittelst seiner in dieser Zeitschrift Bd. 47 S. 261, 1926, beschriebenen Schnellmethode hat *Armuzzi* bei 131 Fällen von Syphilis das nach Mischung von 4 Teilen Liquor und 8 Teilen 96%igem Alkohol nach Zentrifugieren erhaltene Coagulat untersucht. Von diesen 131 Syphilitikern verschiedenen Stadiums wurden 150 Coagula der Methode unterworfen; bei 8 Fällen war der Befund bezüglich des T. p. ein positiver. Die positiven Befunde betrafen Lues recens (ein Tonsillenschanker mit Roseola), 2 Fälle von Syphilis in der sekundären Latenzperiode, 4 Fälle von Paralyse, einen Fall von Syphilis cerebrospinalis. Bei allen diesen Fällen zeigte der Liquor des Duralsacks schwere spezifische Veränderungen: Pleozytose, Positivität der Globulin-, Serum- und kolloidalen Reaktionen. 19 Lumbalpunktate von Syphilitikern nach einer Malaria-Salvarsanbehandlung ergaben negativen Treponemenbefund trotz Weiterbestehens der pathologischen Veränderungen. Die in der Regel sehr spärlichen Spirochäten finden sich frei in der Flüssigkeit, anscheinend in ihrer Form und Struktur nicht verändert und durch das Trauma des langen Zentrifugierens wenig oder nicht geschädigt. Nie

Digitized by Google

fanden sich Spirochäten in den Zellen der Flüssigkeit und ebensowenig Zeichen von Degeneration an denselben.

Auch mit bezug auf die neueren Untersuchungen beim menschlichen und experimentellen Rückfallfieber spricht *Armuzzi* die Hypothese aus, daß die Spirochäta pallida im latenten Zustand im Lumbalpunktat leben kann, daß dasselbe für sie keinen günstigen Nährboden darstellt und daß sie sich unter dem Einfluß der defensiven Kräfte des Organismus und der in den Organismus eingeführten chemo-therapeutischen Heilmittel dort nur in begrenzter Weise entwickeln kann.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Golla und *Herrmann:* **Zur Frage der Beschwerden (Meningismus) nach Lumbalpunktiom.** M. K. 1926, 51.

Organe, die infolge bestehender Mehrdruckleistung von dieser plötzlich entlastet werden, zeigen nach längerer Zeit eine Überfunktion, z. B. der Darm, wenn ein stenosierendes Karzinom durch Anlegen eines Anus präternaturalis als Hindernis ausgeschaltet wurde oder eine hydronephrotische Solitärniere nach Behebung eines Ablaufhindernisses. Ein gleiches soll auch dem Meningismus zugrunde liegen. Durch Ablassen von Liquor entsteht im Lumbalkanal ein Unterdruck, der schnell durch Regulation vom Plexus choriodeus ausgeglichen wird. Dabei schießt diese Regulation über das Ziel hinaus bis zum Überdruck, der etwa 2—3 Stunden nach Punktion nachweislich eintritt, also im gleichen Zeitpunkt, da sich der Meningismus ja auch auf der Höhe zu zeigen pflegt. Je mehr Liquor man also entfernt, desto länger und intensiver dauern hinterher die Beschwerden und umgekehrt. Tabiker leiden deshalb so selten unter Meningismus, weil ihr Plexus-Reguliermechanismus nicht mehr intakt ist. Der aseptische Meningismus nach Lufteinblasen hat mit unserem Meningismus nichts zu tun, da ihm keine Druckerhöhung, sondern Reizzustände zugrunde liegen. Nutzanwendung: Mit dünner Nadel punktieren bei Horizontallage, letztere 12 Stunden über Punktion hinaus noch beibehalten lassen. Punktionsbeschwerden sollen dann fast nie eintreten.

Siegfried-Aachen.

R. Braun-Leipzig: **Die beschwerdefreie Lumbalpunktion.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 6. 1927.

Verfasser empfiehlt zur Lumbalpunktion gewöhnliche, ½ mm starke, 8 cm lange Rekordkanülen mit langer scharfer Spitze zu benutzen, weil dadurch der Meningismus entweder ganz vermieden oder sehr eingeschränkt wird. Bei den starken Quinkeschen Nadeln kommt es infolge der Stärke und der kurz geschliffenen Spitze zu starken seitlichen Einrissen der häutigen Membran des Rückenmarks und daher können sich auch viele stärkere Blutergüsse ins Gewebe bilden, welche die unangenehmen Nebenerscheinungen der Lumbalpunktion hervorrufen. *Krüger*-Sagan.

V. Kafka und *Richard Weiß:* **Eine neue Apparatur zur Liquoruntersuchung.** Münch. med. Woch. Nr. 1, 1927.

Die Apparatur gestattet die Ausführung fast aller neuzeitlichen Methoden der Liquoruntersuchung. *Weinstock*-Charlottenburg.

Ladislaus Benedek und *Eugen v. Thurzo:* **Zur Technik der subokzipitalen Punktion.** Münch. med. Woch. Nr. 52, 1926.

Digitized by Google

Ausführliche Beschreibung eines Halskompressors zur Kompression der V. jugularis bei der Zisternenpunktion in sitzender Stellung. Hierdurch wird das spontane Fließen des Liquors ohne Ansaugen ermöglicht. Die sizende Stellung bei Ausführung der subokzitalen Punktion ist der liegenden vorzuziehen, weil bei ihr ein Abweichen der Nadel von der Sagitallebene unmöglich ist. *Weinstock*-Charlottenburg.

Eggar Trautmann: **Eine Sitzvorrichtung zur Vereinfachung der Lumbalpunktion.** Münch. med. Woch. Nr. 49, 1926.

Genaue Beschreibung der Konstruktion eines Stuhles, dessen Mechanismus es ermöglicht, ohne Hilfskraft und ohne Zwang den Kranken nicht nur leicht in maximale Rückenkrümmung zu versetzen, sondern auch das Einziehen des Kreuzes während der Punktion zu erschweren.

Weinstock-Charlottenburg.

Alois M. Memmesheimer: **Zur Bewertung der Reaktionen im suboccipital gewonnenen Liquor cerebrospinalis.** Münch. med. Woch. Nr. 35, 1927.

Gleichzeitig an denselben Patienten vorgenommene Lumbal- und Suboccipitalpunktionen ergaben, daß zur Beurteilung des durch Suboccipitalpunktion gewonnenen Liquors durchschnittlich geringere Normalwerte für die einzelnen Reaktionen eingesetzt werden müssen, als sie für den Lumballiquor üblich sind. So sind schon spurweis positive Nonne- und Pandyreaktionen verdächtig, die normale Zellzahl muß auf 10f3 festgesetzt werden. Für die Goldsol- und Mastixreaktionen sind schon Ausfällungen vom Typ 01210 als nicht mehr normal aufzufassen.

J. Weinstock-Charlottenburg.

A. Mader: **Über Besonderheiten des Säuglingsliquors.** Münch. med. Woch. Nr. 32, 1927.

Durch Versuche mit Agglutininen und kolloidalen Farbstoffen konnte gezeigt werden, daß im frühen Säuglingsalter die Blut-Liquorschranke noch nicht vollkommen abgedichtet ist, was sich wohl durch Quellungsvorgänge in dem erheblich wasserreicheren Gewebe des im Wachstum begriffenen Säuglings erklären läßt. Im Gegensatz zu diesen Resultaten gelang es aber nicht, bei luischen seropositiven und liquornegativen Säuglingen durch Reizung der Meningen infolge endolumbaler Injektion von 2 ccm Ringerlösung eine positive Wa.-R. hervorzurufen. Das besagt praktisch, daß eine positive Reaktion im Liquor sich nicht aus dem Übertritt der komplementbindenden Stoffe aus dem Blut erklärt, sondern daß sie im Zentralnervensystem selbst bei Erkrankungen desselben entstehen.

J. Weinstock-Charlottenburg.

O. Hirsch-Tabor und *Hildegard Vollmar:* **Über experimentelle Beeinflussung der Liquorsekretion.** Münch. med. Woch. Nr. 17, 1927.

Versuche mit intravenös injizierter, menschlicher Lumbalflüssigkeit an Kaninchen ergaben, daß dem Wa.-positiven Liquor in einem sehr hohen Prozentsatz eine anregende Wirkung auf die Liquorsekretion zukommt. Wa.-negativer menschlicher Liquor sowie menschliches Serum (positiv und negativ) waren fast ausnahmslos ohne Einwirkung auf die Liquorsekretion. Es wird angenommen, daß die plexus-reizende Wirkung auf einer Substanz beruht, die beim pathologischen (luetischen?) Hirnabbau entstellt und in den Liquor übergeht. Unentschieden bleibt, ob auch beim normalen Hirnstoffwechsel eine plexus-reizende Substanz gebildet wird.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Digitized by Google

Ch. Garkawi: **Zur Technik der Zisternenpunktion.** Münch. med. Woch. Nr. 48, 1926.

Da bei der Ausführung der Zisternenpunktion in sitzender Stellung der Druck des Liquors ein negativer ist, während der Inspiration der Liquordruck aber um ca. 20 mm steigt, ließ der Verfasser nach Durchstechung der Membrana-atlanto-occipitalis den Patienten „sich aufblähen", d. h. nach einer tiefen Inspiration den Atem anhalten. Auf diese Weise erhielt er ohne die bisher übliche Kompression der Vena jugularis am Halse die nötige Liquormenge. *Weinstock*-Charlottenburg.

E. Wichmann: **Die Permeabilität der Grenzflächen zwischen Blut und Liquor — ein Problem.** Krankheitsforschung Bd. V, S. 150, 1927.

Zusammenfassende Übersicht des Verfassers über eigene sowie fremde Untersuchungen, aus der hervorgeht, daß Ansätze zur Lösung des genannten Problems vorhanden sind, daß aber der weiteren Forschung noch viel zu tun übrig bleibt. *Memmesheimer*-Bonn.

Steel und *Nicole:* **The reaction of the cerebro-spinal fluid to the acetic anhydride test. (Die Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit auf Acid. acet. anhydricum.)** The B. j. o. v. d. 1926, 7.

Technik: Zu 1 ccm Spinalflüssigkeit Zusatz von 0,3 ccm obiger Säure, kräftig durchschütteln, dann weiterer Zusatz von 0,8 ccm konz. H_2SO_4. Tiefpurpurne Farbe positiv, rotbräunliche negativ. Vorteile sind also einfache Technik, schnelle Resultate. Zum Vergleich herangezogen: Langes Kolloidal-Gold- und die Globulinreaktion. Tafel 1 (nichtparalytische Spinalflüssigkeit) zeigt in den angeführten 39 Fällen sehr zufriedenstellende Übereinstimmung; Tafel 2 (paralytische Zerebrospinalflüssigkeit) 35 Fälle, gute Übereinstimmung zwischen Gold- und Essigsäurereaktion, Globulin in 7 Fällen aber abweichend. Tafel 3 (paralytische Zerebrospinalflüssigkeit nach Malaria) 30 Fälle: Essigsäure und Globulinreaktion stimmen gut überein. Wo Goldkolloidalreaktion von typischer Paralysekurve beträchtlich abweicht, ist Essigsäurereaktion noch in der Hälfte der Fälle negativ. Demnach soll die Essigsäurereaktion empfindlicher sein als Globulinreaktion, bei Malariafällen soll sie noch Originaldiagnose bestätigen, wenn schon Kolloidalgoldreaktion keine positive Paralysekurve mehr zeigt. *Siegfried*-Aachen.

Pekker, W. Wassiljewa und *Ermilow:* **Die Reaktion Guillain, Gug Lersche und Lecheln mit Benzoeharz in der Reihe der übrigen Kolloidreaktionen zur Diagnose der Syphilis im Liquor.** Russki Westnik Dermatologie 1927, Nr. 8.

Die Benzoereaktion, besonders bei Verwendung des Sumatraharzes, aber auch des Siambiopharzes, zeichnet sich durch große Empfindlichkeit in bezug auf Syphilis aus und ist daher, zumal bei Berücksichtigung ihrer einfachen Ausführung, zu empfehlen. *A. Jordan.*

Abadjieff: **Über den diagnostischen Wert einiger neuerer Liquorreaktionen.** M. K. 1927, 41.

1. Siliquid-Reaktion. Sie ist ein kolloidchemischer Vorgang. Siliquid ist ein Sol der Kieselsäure mit 25% Gehalt an SiO_2, also echtes Kolloid wie Goldsol und Mastix. Lösung wasserklar von Boehringer & Söhnen zu beziehen.

Digitized by Google

2. Farbreaktion nach Takata und Ara, die sich des Sublimats als Fällungsmittel bedient und kolloidaler Farbstofflösung zum Färben.

Techniken beider Reaktionen genau angegeben.

203 luetische und nichtluetische Liquores wurden vergleichsweise untersucht. Resultat: Bei luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems genügt als Ergänzung zum Wa. Siliquidreaktion, zumal sie einfach und schnell vorzunehmen ist. Takata-Ara-Reaktion ist den anderen kolloidalen Reaktionen gegenüber Liquoruntersuchungen gleichwertig und kann, wie diese allein zur Diagnose luetischer Erkrankungen des Zentralnervensystems verwandt werden. Wa.-R. bleibt aber nach wie vor ausschlaggebend. *Siegfried*-Aachen.

W. Baumann: **Vergleichende Untersuchungen des bei Zisternenpunktionen und Lumbalpunktion entnommenen Liquors.** Münch. med. Woch. Nr. 4, 1927.

Verfasser führte in 63 Fällen von organisch-funktionellen Hirnerkrankungen in einer Sitzung sowohl die Lumbal- wie die Zisternenpunktion aus, und stellte dann vergleichende Untersuchungen an beiden Liquores hinsichtlich des Druckes, der Nonne-Weichbrodschen Reaktion, der Zellzahl, der Goldsol- und Hämolysinreaktion und der Wa.-R. an. Wesentliche Unterschiede fanden sich in keinem Falle, d. h. die Diagnose als solche wurde niemals durch eins der beiden Ergebnisse erschüttert oder in Frage gestellt. In einigen Fällen von Lues reagierte das Lumbalpunktat feiner als das Zisternenpunktat. Trotzdem tritt der Verf. für die Zisternenpunktion wegen des fehlenden Meningismus ein.

Weinstock-Charlottenburg.

Kafka: **Prinzipielles zum Problem der Permeabilität der Meningen.** M. K. 1927, 3.

Der Plexus chorioideus ist die Hauptursprungsstätte der Zerebrospinalflüssigkeit, damit auch der Hauptsitz der Permeabilität, nebenbei kann sich die gesamte Auskleidung der den Liquor umgebenden Räume bei Reiz- oder Entzündungszuständen an der Permeabilität beteiligen. Die Brommethode Walters ergab auch Verf. die Erfahrung, daß bei Schizophrenie Schwankungen der Permeabilität nach oben und unten vorkommen. Neben dem Permeabilitätsquotienten (Blut zu Liquor) müßte man aber noch die absoluten Werte in Blut und Liquor berücksichtigen, um bisherige Ergebnisunterschiede auszugleichen. Weiter ergab sich, daß den niederen Werten des Eiweißquotienten (Globulin zu Albumin) normale oder verminderte Permeabilität gegenüberstehen. Da aber Globulin wie Albumin endogen wie exogen entstehen können, sind Fehlresultate leicht möglich. Sehr wünschenswert wäre, wenn mehrere ergänzende Permeabilitätsreaktionen angestellt würden, z. B. noch die Waltersche Brommethode, die Hämolysinreaktion usw., wobei jede Reaktion ihre besonderen Ergebnisse gegenüber den verschiedenen Cerebro-Spinalerkrankungen ergänzend geben würde. Aber erst, wenn wir über den Mechanismus des Permeabilitätsvorganges genauer als bisher unterrichtet sind (Anfänge dazu lieferte die Hämolysinreaktion) können damit rechnen, zu neuen Anschauungen über Liquorpathologie zu gelangen. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Zum 70. Geburtstage von Prof. Dr. Karl Touton.

Karl Touton, einer der ältesten Schüler und Freunde *Albert Neißers*, hat am 12. Mai seinen 70. Geburtstag gefeiert. Hierzu hat ihm als langjährigem verdienten Ausschußmitglied die Deutsche Dermatologische Gesellschaft Glückwünsche überbringen lassen, und die Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen hat ihn zum Ehrenmitglied ernannt. *Toutons* grundlegende Arbeiten über das Xanthom, seine Studien zur Histologie der Lepra, über die *Russel*schen Körperchen, Lichen ruber und Neurodermitis sowie über die extraurethrale Gonorrhöeerkrankung des Mannes haben ihm frühzeitig einen bedeutenden Namen in unserer Wissenschaft verschafft. Seine Referate über Acne und Tuberkulide sowie seine Arbeiten über die Syphilistherapie, und in letzter Zeit besonders seine vielfachen Mitteilungen über die durch Pflanzen verursachten Dermatitidien und Idiosynkrasie- und Allergiefragen zeigen auch jetzt noch seine unermüdliche Tätigkeit, selbst auf Gebieten, in die ältere Dermatologen sich nur schwer einarbeiten können. Auf dem Gebiet der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Sexualhygiene hat sich *Touton* ebenfalls große Verdienste erworben, die an seinem Ehrentage von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten besonders anerkannt worden sind. Außerdem aber hat er auch auf dem Gebiet der Botanik Hervorragendes geleistet, und gilt als einer der besten Kenner der Hieracien. So kann er mit Befriedigung auf ein an Erfolgen auf wissenschaftlichem und praktischem Gebiet reiches Leben zurückblicken, dem freilich in letzter Zeit auch Sorgen nicht erspart geblieben sind. Als einer der regelmäßigsten Kongreßbesucher, der bis in die letzte Zeit durch seine reiche Erfahrung und frische und temperamentvolle Anteilnahme viel zur Förderung unseres Faches beigetragen hat, erfreut er sich allgemeiner Wertschätzung. Möge es unserem hochverehrten Kollegen, dem wir die Glückwünsche der Herausgeber und Mitarbeiter dieser Zeitschrift bereits ausgesprochen haben, vergönnt sein, noch viele Jahre zum Besten unseres Faches zu wirken.

Hideyo Noguchi †.

Der ausgezeichnete Mikrobiologe und Spirochätenforscher Professor Dr. *Hideyo Noguchi* vom Rockefeller-Institut in New York, der sich seit Monaten auf einer Studienreise zur Erforschung des Gelbfiebers an der afrikanischen Goldküste befand, ist in Accra ein Opfer dieser von ihm in ihrer Ätiologie aufgeklärten und so wirksam bekämpften Krankheit geworden und am 21. Mai gestorben, fürwahr ein tragisches Schicksal nach so ungeheuren wissenschaftlichen Erfolgen. In der Syphilidologie wird sein Name alle Zeit hoch in Ehren gehalten werden; hat er doch nicht nur die so schwierige Reinkultur der Spirochaete pallida und vieler anderer Spirochätenarten wesentlich gefördert, sondern auch den Nachweis dieses Erregers im Hirn der Paralytiker und Nervensystem der Tabiker zuerst erbracht und damit den Grund für alle neuen Fortschritte auf diesem Gebiet gelegt. Von Deutschland aus wurde er auf meine Veranlassung dadurch geehrt, daß man ihn zu zwei großen Referaten über Spirochätenzüchtung und die Pallidabefunde im Gehirn der Paralytiker zur Naturforscherversammlung nach Wien im Jahre 1913 einlud. Seine großen Verdienste um die Aufklärung anderer Infektionskrankheiten, wie des Gelbfiebers, des Trachoms usw. haben ihm die Be-

Digitized by Google

wunderung der ganzen medizinischen Welt verschafft und sichern ihm dauernden Ruhm. Mir selbst war er nicht nur der erfolggekrönte Forscher, sondern auch ein stets hilfsbereiter und treuer Freund; sein früher Tod bedeutet für die Wissenschaft einen unersetzlichen Verlust, da er einer der fruchtbarsten Forscher der Gegenwart war, von dem man noch viel erwarten durfte. *E. Hoffmann.*

Personalien und Tagesnachrichten.

Prof. *P. Mulzer* und *E. Delbanco* in Hamburg wurden von der Societa Italiana di Dermatologia e Sifiligrafia zu Ehrenmitgliedern gewählt.

Prof. Dr. *E. Hoffmann* in Bonn ist von der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Prof. Dr. *Emanuel Freund* aus Triest hat sich an der Universität Rom als Dozent für Dermatologie habilitiert.

Prof. *Stephan Rothmann* ist zum Abteilungsleiter an der ungarischen staatlichen Landesversicherungsanstalt in Budapest berufen.

Der dermatologische Lehrstuhl in Innsbruck, auf den inzwischen Prof. Dr. *Kumer* berufen worden ist, wird zur Zeit von Priv.-Doz. Dr. *Karl Schreiner*, Assistent der Grazer Klinik, verwaltet.

Am 2. und 3. Juni fand in Amsterdam anläßlich der 80. Tagung der Niederländischen Dermatologischen Vereinigung die *erste gemeinsame Sitzung der holländischen und rheinisch-westfälischen Dermatologen* statt, die von Prof. *Mendes da Costa* in Amsterdam vorbereitet und geleitet wurde. Sie war von etwa 20 deutschen Kollegen besucht und nahm einen sehr anregenden Verlauf. Nachdem am Abend des ersten Tages mehrere Vorträge von den Professoren *Mendes da Costa, van der Valk, van Leuwen, E. Hoffmann* und anderen gehalten worden waren, folgten am zweiten Tage zahlreiche Demonstrationen und Krankenvorstellungen nebst weiteren Vorträgen. Bei dem gemeinsamen Essen wurden von den Vorsitzenden beider Gesellschaften, den Professoren *Mendes da Costa* und *Bering*, sehr herzliche Begrüßungsworte gesprochen und den holländischen Dermatologen der Dank der rheinisch-westfälischen Kollegen dafür ausgesprochen, daß sie *E. Hoffmanns* Anregung sobald zur Ausführung gebracht hatten. Nach dem schönen Verlauf dieser Tagung darf angenommen werden, daß durch die künftig abwechselnd in Holland und im Rheinland beabsichtigten Versammlungen sich die kollegialen Beziehungen zwischen den benachbarten Ländern beleben und festigen werden. Ein Bericht über die Sitzung, die allen Teilnehmern unvergeßlich bleiben wird, folgt später.

Digitized by Google

Sachregister.

Die fett gedruckten Zahlen bezeichnen Originalartikel.

Bsp. = Buchbesprechung. P. = Personalien

Die Zahlen, vor denen keine römische Ziffer steht, beziehen sich auf Band LII.

A.

Achorion Schönleini aus dem strömenden Blut bei einem Fall von Favus. 340.
Achromia cutis postparasitica. 137.
Adenitis, submentale tuberkulöse. 235.
Adenoma sebaceum. 48.
Adnextumoren, Behandlung entzündlicher. 356.
Afenil bei Entzündung der weiblichen Genitalorgane. 357.
Akanthosis nigricans. 138.
Akne agminata. 123.
Akne conglobata, Beziehungen der Perifolliculitis abscedens et suffodiens zur. LIII, **674.**
Akne nekrotica mit ausgedehnter Lokalisation. LIII. **146.**
Aknitis 64.
Akridin, Behandlung der Gonorrhöe mit. 411, 412.
— morbilliformes Erythem während der Behandlung mit. 409.
Akriflavin in Gelatinelösungen zur Behandlung der Gonorrhöe. 412.
Akrodermatitis hiemalis pustulosa. 49.
Akrodermatitis perstans. 238.
Akromegalie und Recklinghausensche Krankheit. 311.
Akromikrie oder Dystrophia osteogenitalis. 74.
Aktinomykose. 41.
— sekundäre der Bauchwand. 234.
Alkalibehandlung der Urtikaria. LIII, **561.**
Alkohol-Extrakt-Reaktion. 79. (Bsp.)
Allergierscheinungen der Haut. 78. (Bsp.)
Alopezia areata totalis. 48.
Alopezia atrophicans Brocq. 48.
Alopezia syphilitica, Beziehungen der zur Neurosyphilis. 143.
— Beziehungen der Spirochäten zur. 229.
Amino-Oxyphenylarsinsäure, Syphilisbehandlung mit Derivaten der. 268.
Ammen, professionelle syphilitische Infektion der. 243.
Amyloidose, ausgedehnte der Haut **1,** LIII, **235.**
Anämie, perniziöse, Leberdiät bei. 228.
Angina, Differentialdiagnose zwischen luetischer und nicht luetischer. LIII, **373.**
Angiofibrom 48.
Angiokeratoma Mibelli. 410.
Angiokeratome und keratotische Angiome. LIII, **38.**
Angioma serpiginosum. 123.
Anilinvergiftung, Strangurie bei akuter. 422.
Antimonbehandlung phagedänischer Schanker. 253.
— der Tabes. 262.
Antipyrinexanthem, symmetrisches. 233.
Antivirusbehandlung der Hauttuberkulose. LIII, **12.**
Anurie, reflektorische. 422, 424.
Aorta, Syphilis der. 146, 147.
Aortitis, moderne Luesbehandlung und Zunahme der. 255.
Arbeitsdermatose, die Sporotrichose als. 334.
Arsen, lichenartiger Ausschlag nach 313.
Arteriitis tuberculosa. 353.
Asthma als Folge von Arsenobenzolinjektionen. 273.
Asthma bronchiale und Syphilis. 148.
Atemstillstand, plötzlicher bei Tabes. 145, 146.
Atrophie der Haut und der Muskeln mit Pigmentverschiebung. **81.**
Autodermotherapie durch Elektrokoagulation. 233.
Axiphoidie bei Syphilis congenita. 248.

B.

Bäder, heiße bei experimenteller Kaninchensyphilis. 433.
Ballungsreaktion der Syphilis. 438.
Bartholinitis chronica. 350.
Basalzellenkarzinome, multiple. 239.
— des Stammes infolge Röntgenbestrahlung. 237.
Basicav, eine neue Injektionsspritze. 254.

Digitized by Google

Berufsdermatosen, phytogene. **30.**
Berufsinfektion, syphilitische am Unterschenkel. LIII, **735.**
Besredkasches Filtrat, Behandlung der Vulvovaginitis mit dem. 354.
Bismogenol. 265.
Blastomykosen. 335.
Blindheit in Glasgow. 329.
Blutbefunde bei Syphilis. 141.
— vor, unter und nach der Behandlung. LIII, **592.**
Bordet-Gengousche Reaktion bei Gonorrhöe. 345.
Bowenssche Krankheit. 124. LIII, **658.**
Bromexanthem vom Typus eines Pemphigus vegetans et serpiginosus. **25.**
Brustwarze, syphilitischer Primäraffekt der. 243.

C.

Casbis. 264.
Cavernitis gummosa. 313.
Cervix, Syphilis der. 150.
Chlorzink, Verätzung der männlichen Harnröhre mit. 416.
Chondrodermatitis nodularis chronica helicis. 76.
Cornu cutaneum, Zusammenhang des mit Lues. LIII, **417.**
Creeping disease. 133.
Cutis laxa. 130.
Cutis marmorata pigmentosa. 137.

D.

Dariersche Krankheit. 139.
Dermatitis nach Arsenobenzolinjektionen. 273, 275.
Dermatitis atrophicans. 70, 71.
Dermatitis exfoliativa, ätiologische Identität der Impetigo bullosa, des Pemphigus neonatorum und der. LIII, **668.**
Dermatitis herpetiformis Duhring. 60, 237.
Dermatitis reticularis atrophicans. 43.
Dermatitis symmetrica. 50.
Dermatochalasis. 129.
Dermatologie in den Vereinigten Staaten von Amerika. **369.**
Dermatologische Statistik. **399.**
Dermatomykosis. 411.
— essigsaures Thallium als Epilationsmittel bei. **105.**
Dermatophyten, Grützsche Nährböden für. 342.
Dermatose, pigmentierte periorale. 408.
— juckende, durch Getreide hervorgerufene im Orient. 132.
Dermatose bulleuse et pustuleuse végétante. 410.
Diabetes insipidus infolge von Erbsyphilis. 247.
Diabetes mellitus, prädiabetische Zustände. 79. (Bsp.)
— syphilitischer. 144.
Diathermie, Behandlung gonorrhöischer Affektionen mit. 353.
— bei Harnröhrenkarunkeln. **303.**
Diathermieelektroden. 418.
Diathermische Elektrokoagulation. LIII, **768.**
Diphtherie der Harnröhre. 352.
Dmelcos-Vakzine. LIII, **620.**
Doramad, externe Anwendung des und seine Dosierung in der Ekzemtherapie. LIII, **348.**
Dusche, filiforme. 325.
Dyshidrosis, Ätiologie der. 341.
Dyshidrosis sicca lamellosa oidiomycetica. LIII, **5.**
— der Kaufmann-Wolffsche Pilz bei 338.
Dyshidrotischer Symptomenkomplex. LIII, **692.**
Dysthyreoidismus mit Sklerodermie nach Enzephalitis. 72.
Dystrophia osteo-genitalis oder Akromikrie. 74.
Dystrophia pigmentosa bei Recklinghausenscher Krankheit. 139.

E.

Eierstockssarkom als Ausgangspunkt einer Sarcomatosis cutis bei einem 18jährigen Mädchen. LIII, **86.**
Eigenblutbehandlung bei gonorrhöischen Komplikationen. 420, 421.
Einschlüsse in den Harnröhrenepithelien bei chronischer Urethritis. **116.**
Ektopia testis. 424.
Ekzem, externe Anwendung und Dosierung des Doramad bei. LIII, **348.**
Ekzematid, prämykotisches. 63.
Elektrokoagulation, diathermische. LIII, **768.**
— Autodermotherapie durch. 233.
Elektrotherapie bei Komplikationen der Gonorrhöe. 418.
Elephantiasis des Beines tuberkulösen Ursprungs. 324.
— der Oberlippe, der Wangen und der Augenlider. 45.
— vulvae. 235, 324.
Endarteriitis oder Thromboangiitis obliterans. LIII, **213.**
Enterokokkensepsis. 352.

Digitized by Google

Enzephalitis, Sklerodermia generalisata mit Dysthyreoidismus nach. 72.
Enzymreaktion bei Syphilis. 437.
Eosine Zellen, Färbung, Vorkommen und Funktion der. LIII, **285.**
Epheliden, eine besondere Form von. LIII, **575.**
Epidermolysis bullosa. 238.
Epidermophytid unter dem Bilde einer Dyshidrosis. LIII, **692.**
Epidermophytie. 337, 338.
Epididymitis, Einfluß der Ehe, des Alters und der Beschäftigung auf die Häufigkeit der. 352.
— Eigenblut- und Kollargolbehandlung der gonorrhöischen. 420, 421.
Epilationsmethode, chirurgische 409.
Epitheliom bei einem Kinde. 128.
Epithelioma adenoides cysticum. 131.
Epithelioma ani. 324.
Erythem, chronisches der Beine. 75, 76.
— polymorphes in rezidivierenden Schüben. 60.
Erythema annulare centrifugum. 49, 66, 236.
Erythema induratum Bazin. 51.
Erythema nodosum, vorübergehend seropositives im Anschluß an Monozytenangina. LIII, **373.**
Erythrodermie. 235, 236.
Erythrose pigmentaire peribuccale. 234.
Erythrozyanosis crurum puellarum. 75.
Esophylaxie der Haut. 287. (Bsp.)
Esthiomenal vulvae. 67.
Exsudation, Stauung und Kapillardruck. LIII, **628.**
Extragenitaler Primäraffekt. 243.
— syphilitische Berufsinfektion am Unterschenkel. LIII, **735.**

F.

Favus. 340, 341, 342.
Fazialisparese, frühzeitige syphilitische periphere. 143.
Fermenttherapie, kausale der Infektionskrankheiten. 366. (Bsp.)
Fersenhaut, Venenklappen der. 48.
Fibrin, die biologische Bedeutung des. **171.**
Fibroma circumscriptum symmetricum multiplex. 127.
Fibrome, subunguale. 227.
Flagellaten-Urethritis beim Manne. 343.
Fluor, Behandlung des. 356, 357.
Fluordiagnostik, kolloidchemische. 343.
Folliculitis et Perifolliculitis suffodiens et abscedens. 43, LIII, **275, 674.**
Folliculitis scleroticans, Favus capitis unter dem Bilde einer. 341.
Folliculitis ulerythematosa reticulata. 238.
Folliklis. 51.
Formolreaktion, Ergebnisse der bei Dermatosen. LIII, **390.**
Fox-Fordycesche Krankheit. **289.**
Fremdkörpertumoren. LIII, **183.**
Fuchsinsublimatreaktion bei Syphilis. 437.

G.

Gametozyten, frühzeitiges Erscheinen von bei künstlich übertragener Malaria tertiana. 327.
Gangrän der Haut, Bazillus der. 233.
Gasarbeiter, typische Hautschädigung bei. LIII, **464.**
Gaumen, Perforation des harten und weichen bei Mutter und Kind. 324.
Gefäßnaevus mit Skoliose. 127.
Gelatinepräparate zur Behandlung der Gonorrhöe. 412.
Gelenkerkrankungen, experimentell hervorgerufene mykotische. 341.
— Behandlung der gonorrhöischen. 420.
— Behandlung der gonorrhöischen mit menschlichem Immunserum. LIII, **33.**
Genitalhypoplasie. 50.
Gelenktuberkulose, diagnostischer Wert vergrößerter Lymphdrüsen bei Syphilis vortäuschenden Fällen von. 243.
Geschlechtsdrüsen, konstitutionelle Faktoren und der Verlauf der gonorrhöischen Entzündungen der. 418.
Geschlechtskrankheiten. 284 (Bsp.), 285 (Bsp.), 328, 362 (Bsp.)
— Prophylaxe der. 250.
— Bedeutung der veränderten Wirtschaftsstruktur für die Statistik der. LIII, **282.**
— zum neuen Gesetz zur Bekämpfung der. **180.**
— Beratungsstelle, Fürsorge und Krankenabteilung der Stadt Mainz vor und nach Einführung des RGBG. LIII, **427.**

Digitized by Google

Getreide, juckende, durch G. hervorgerufene Dermatosen im Orient. 132.
Glossitis Jamin. 325.
Glykogen, Beziehungen des zur gonorrhoischen Erkrankung. 343.
Glykoseinjektionen, intravenöse bei gonorrhoischen Prozessen. 413.
Goldsolreaktion. 443.
Gonaromat. 415.
Gonokokken, Lebensdauer der. 314.
— Wirkung chemischer Mittel auf im Tierorganismus. **95.**
Gonokokkensepsis oder Meningokokkensepsis. 349.
Gonorrhoe. 342 ff.
— des Weibes. 78. (Bsp.)
— Behandlung der. 260, 353 ff., 411 ff.
— Malariabehandlung bei. LIII, **756.**
— Behandlung der gon. Gelenkerkrankungen mit menschlichem Immunserum. LIII, **33.**
Granugenol bei gonorrhoischen Erosionen der Portio. 357.
Granuloma annulare. 42, 64, 65, 324.
Granuloma inguinale. LIII, **127.**
Granuloma multiplex scroti. LIII, **172.**
Granuloma teleangiectodes sive pediculatum. 129, 223.
Granuloma vegetans. 129.
Gummi der Nase. 44.
Gyneklorina. 355, 358.

H.

Haar, Polarisationsoptik des menschl. Kopfhaares. LIII, **535.**
— Beziehungen der Syphilisspirochäten zu den. 229.
Haarausfall nach Keuchhusten. 226.
— Behandlung des pityroden. LIII, **149.**
Haarerkrankungen. 136.
Hämatogene Hautaffektionen. LIII, **468.**
Hämaturie, Neosalvarsanbehandlung der terminalen gonorrhoischen. 424.
Hämoglobinurie, paroxysmale bei viszeraler Syphilis. 141.
Hämophilie, intermittierende syphilitischen Ursprungs. 142.
Harnblase, eine praktisch häufige Infektionsweise bei. **308.**
— Formveränderungen der Fremdkörper in der. 423.
— Neurofibrome in der. 423.
Harnröhre, Diphtherie der. 352.
— strikturierende Tuberkulose der weiblichen. 353.
Harnröhrenkarunkel, Diathermie bei. **303.**
Harnröhrenverengerung bei Frauen. 350.
Harnverhaltung bei Nierensteineinklemmung. 422.
Hartmannsche Krankheit, myxödemähnliche. 47.
Hautaffektionen, hämatogene, neurogene und psychogene. LIII, **468.**
Hautatrophie, idiopathische. 73.
— mit Pigmentverschiebung. **81.**
Hautgangrän, Bazillus der. 233.
Hautgeschwülste, Behandlung der mit Röntgenstrahlen nicht zu heilenden bösartigen. LIII, **254.**
Hautkrankheiten Bsp.: 154, 155, 284, 285, 362, 364.
— innere Behandlung von. 156. (Bsp.)
Hautreize und Hautesophylaxie. 287. (Bsp.).
Heirat und Gonorrhoe. 360.
— und Syphilis. 250, 251.
Heißluftbehandlung der Zervikelgonorrhöe. 355, 357.
Hemiatrophie des Gesichtes und Körpers bei Sklerodermia guttata follicularis. LIII, **227.**
— totale. 71.
Hemiplegie des Gesichtes im Laufe einer Arsenobenzolbehandlung. 408.
Herpeskrankheiten. 57, 58.
Herpes gestationis. 61.
Herpes zoster. 57. 58, 59, 60.
— bei Lepra. 68.
— und Varizellen. 57, 59, 123. LIII, **336, 609.**
Herxheimersche Reaktion. 140.
— bei Vitiligo. 236.
— bei der Wismutbehandlung. 266.
Herz, Syphilis des. 146.
Hexal. 415.
Histochemie der Haut. 153. (Bsp.)
Hoden, nicht gonorrhoische Entzündungen des. 351.
Hodgkinsche Krankheit. 326.
Hornfibrillen, submikroskopischer Bau der. LIII, **535.**
Hühnereiereiweiß, Idiosynkrasie gegen. 316.
Hydradenome. 409.
Hydroa vacciniforme, Vererbung der. LIII, **301.**
Hypercholesterinämie und Lipomatosis. 75.
— und Xanthomatosis cutis. 130, 131.
Hyperhidrosis, systematisierte. 137.

Digitized by Google

Hyperkeratose, psoriatische. 235.
Hypertonie bei Lues. 141.
Hypertrichosis der Schläfen. 51.
Hypoplasia pilorum moniliformis. 136.

I.

Ichthyosis, syphilitischer Ursprung der. 242.
— Grundumsatz bei. 73.
Iconographia dermatologica, syphilidologica et urologica. 79. (Bsp.)
Ikterus, Salvarsanikterus. 276.
Impetigo bullosa, ätiologische Identität des Pemphigus neonatorum, der Dermatitis exfoliativa und der. LIII, 668.
Impetigo herpetiformis. 61, LIII 384.
— Ätiologie der. LIII, 70.
Immunitätserscheinungen bei Syphilis. 430.
Immunserum, Behandlung der gonorrhöischen Gelenkentzündungen mit menschlichem. LIII, 33.
Infantilismus, universeller infolge von Erbsyphilis. 247.
Infektionskrankheiten, kausale Fermenttherapie der. 366. (Bsp.)
Infiltrate, Behandlung der nach intramuskulären Hg- und Bi-Injektionen auftretenden. 394.
Influenzabazillen, Infektion der Harnorgane durch. 423.
Innere Medizin und Syphilis. 286. (Bsp.)
Innere Sekretion und Hautkrankheiten. 365. (Bsp.)
Installateure, typische Hautschädigung bei. LIII, 464.
Intradermoreaktion bei gonorrhöischen Prozessen. 349.
Intravenöse Infusion, Technik der. 254.

J.

Jod, biologische und pharmakologische Bedeutung des. 366. (Bsp.)
— bei der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten. 190.
Jodnatrium und Jodkalium, intravenöse Einspritzungen von bei Syphilis. 261, 262.
Jodvergiftungen. 262.

K.

Kahnsche Reaktion. 435, 436, 437.
Kakaobutter als Vehikel für unlösliche Quecksilberpräparate. 260.
Kalium- und Kalziumgehalt der Haut, Mikromethode zur quantitativen Bestimmung des. LIII, 451.
Kalkablagerungen, körnerartige in der Haut. 127, 128.
— im kutanen Gewebe bei universeller Sklerodermie. LIII, 80.
Kalkaneus, Dornbildung unter dem bei Gonorrhöe. 350.
Kaninchenspirochaetose. 429.
Kaninchensyphilis, experimentelle. 432, 433, LIII, 21.
Kapillardruck, Stauung und Exsudation. LIII, 628.
Kapillardurchlässigkeit nach Arsenobenzolinjektionen. 275.
Katheterisierung bei Prostatahypertrophie. 353.
Keloide, spontan entstandene. 410.
Keratitis parenchymatosa bei Syphilis congenita. 246.
Keratodermia punctata disseminata symmetrica, Zusammenhang der mit Lues. LIII, 417.
Keratoma palmare et plantare. 45, 74.
Keratosen, Syndrom von angeborenen an Haut und Cornea. LIII, 199.
Keratosis blennorrhoica. 352.
Keratotische Angiome und Angiokeratome. LIII, 38.
Kernveränderungen, Antonische im luetischen Blut. 140.
Keuchhusten, Haarausfall nach. 226.
Kleinhirnbrückenwinkel, Syphylis des. 144.
Knochenveränderungen bei Syphylis hereditaria. 149.
Kodama-Reaktion bei Syphilis. 438.
Kohabitation und Koliinfektion der Harnwege. 423.
Kollargolbehandlung der gonorrhöischen Epididymitis. 420, 421.
Kolloidchemische Sediment- und Fluordiagnostik. 343.
Komedonennävi. 49.
— Histopathologie der. LIII, 91.
Komplementablenkung bei Gonorrhöe. 344 ff.
Kondylome, spitze zugleich mit Warzen im Gesicht. 131.
Kopfhalter als Zusatzgerät für die Quarzlampe. 302.
Krankheitslehre der Gegenwart. 77. (Bsp.)
Krebsbildung auf dem Boden des Lupus erythematodes. LIII, 496.
Kriegsmelanose. 53.
Krysolgan bei Lupus erythematodes. 51.
Kugelkerne im Urethralsekret. 342.

Digitized by Google

L.

Lama, Empfänglichkeit des für Syphilis. 431, 432.
Lateralsklerose, amyotrophische bei einem Syphilitiker. 143.
Laus, Unterschiede zwischen Kopf- und Kleiderlaus. 134.
Leberschwellung, gummöse. 150.
Leicheninfektion mit Syphilis. 244.
Leichenvirus, Virulenz des syphilitischen. LIII, **741.**
Leistenhoden, zystische Entartung eines. 424.
Lepra. 67, 68, 69, 122.
Leukoderma. 124.
Leukoplakie der Mundschleimhaut 239, 324.
— der Zunge mit Epithelhyperplasie. 50, 227, 235.
— zugleich mit Pigmentflecken auf der Mundschleimhaut. 236.
Lichen corneus hypertrophicus 323.
Lichen microsporicus. 339.
Lichen nitidus. 67, 236, 238, 322.
Lichen obtusus. 323.
Lichen ruber hypertrophicus laevis und Lichen obtusus. LIII, **246.**
Lichen ruber planus. 51, 223, 234, 238, 318.
— pemphigoides. LIII, **522.**
— hervorgerufen durch Novarsenobenzol. 325.
Lichen ruber striatus. 49.
Lichen scrofulosorum. 49, 50, 51.
Lichen spinulosus. 323.
Lichen vaccinicus. **219.**
Lichtentzündung durch elektrischen Lichtbogen. 48.
Lichttherapie, Unterstützung der durch die sensibilisierende Wirkung des Trypaflavin. LIII, **331.**
Lipolytischer Blutkoeffizient in den verschiedenen Syphilisperioden. 426.
Lipom, tiefgelegenes des Vorderarms. 128.
Lipomatosis und Hypercholesterinämie. 75.
Luetinreaktion. 434.
Lumbalpunktion. 439, 440.
— halbautomatische ambulatorische LIII, **457.**
Lungensyphilis. 148, 149.
Lupoid. 62, 63.
Lupus. 50, 236, 239.
— Wert und Spezifität der Tuberkulinreaktion bei. LIII, **775.**
— Tumoren auf dem Grunde eines. 324.
— Behandlung des L. facici. 325.
Lupus. Behandlung des hypertrophischen und ulzerösen mit Neosalvarsan. **402.**
Lupus erythematodes. 48, 49, 50, 51, 66, 228.
— Wassermannsche Reaktion bei. 234.
— Krebsbildung auf dem Boden des. LIII, **496.**
— Periarteriitis nodosa bei. LIII, **682.**
— Behandlung des mit Novarsenobenzol. 271.
— Wismutbehandlung des. 235.
Lupus miliaris disseminatus. 410.
Lupus pernio. 122.
Lymphangioma circumscriptum. 46.
Lymphdrüsen, diagnostischer Wert vergrößerter bei Syphilis vortäuschenden Fällen von Gelenktuberkulose. 243.
Lymphogranulomatose. 223.
— Pruritus bei. 48.
Lymphogranulomatosis inguinalis. 62, LIII, **482.**
Lymphom, tuberkulöses submentales. 233.

M.

Magnesium sulfuricum, therapeutische Bedeutung des bei Störungen der Harnentleerung. 424.
Malaria, künstlich übertragene. 327.
Malariabehandlung der Paralyse. 233, 281, 282, 283, 408, LIII, **707.**
— der Syphilis. 154 (Bsp.), 278ff.
— bei Gonorrhöe. LIII, **756.**
Mamma, Verletzung der und Geschwulstbildung. 127.
Mastdarmschleimhaut, Methode zur Besichtigung der. 351.
Meinickesche Trübungsreaktion. 443.
Melanodermitis toxica lichenoides et bullosa Hoffmann. 52.
Melanose, Kriegs-M. 53.
Melkerknoten. 41.
Meningen, Permeabilität der. 441, 442.
Meningismus nach Lumbalpunktion. 439.
Menigokokkensepsis oder Gonokokkensepsis. 349.
Mercurochrom. 425.
Metallvergiftungen, Behandlung der. 261.
Metasyphilis. 142 ff.
— moderne Luesbehandlung und Zunahme der. 255.

Digitized by Google

Mikrosporie. 339.
Miliartuberkulose, akute der Haut und Mundschleimhaut. 223.
Milzbrand, Behandlung des mit Novarsenobenzol. 271.
Mineralgehalt der Haut. LIII, 451.
Mineralöle, artefizielle Tumoren durch subkut. Injektion von. 125.
Monozytenangina mit anschließendem, vorübergehend seropositivem Erythema nodosum. LIII, 373.
Morphaea atrophicans. 122.
Mundschleimhaut, akute Miliartuberkulose der. 223.
Mundtuberkulose, abnorme Form der. 234.
Mykosis fungoides. 62.
Myome, dermatologische Statistik, mit Berücksichtigung der. 399.
Myosalvarsan. 272, LIII, 778.
Myositis, experimentell hervorgerufene mykotische. 341.
Myxödemähnliche Hartmannsche Krankheit. 47.

N.

Naevokarzinom. 408.
Naevus pigmentosus. 287. (Bsp.)
— und Recklinghausensche Krankheit. 125.
Naevi, blaue N. 126.
— Komedonen-N. 49.
— Histopathologie der Komedonen-N. LIII, 91.
Nagana-Erreger, wechselseitige Beziehungen der Rekurrenserreger und der. 327.
Nägel, Krankheiten der. 152. (Bsp.)
— Paronychie mit sekundärem Soor der. LIII, 8.
— Oidiomykose der. 336.
Natriumthiosulfat. 276, 277.
Neargon. 354.
Neohexal. 415.
Neosalvarsan, Mechanismus der Wirkung des bei der Spirochätose der weißen Mäuse. 433.
— Lichen ruber planus nach. 325.
— Schleimhautblutungen aus Uterus und Nase nach. 236.
— bei Erkrankungen der Harnorgane. 424. 425.
— Behandlung des hypertrophischen und ulzerösen Lupus mit. 402.
— Behandlung des Lupus erythematodes und des Anthrax mit. 271.
Neurodermitis diffusa mit akuten impetiginösen Eruptionen 312.
Neurofibromatosis s. Recklinghausensche Krankheit.
Neurofibrome in der Harnblase. 422.
Neurogene Hautaffektionen. LIII, 468.
Neurorezidive. 143.
Neurosyphilis. 142 ff., LIII, 726.
— Beziehungen zwischen tertiärer Lues und auf Grund von Liquoruntersuchungen. 296.
Niere, Hypofunktion der bei Pemphigus. 55.
Nierenbecken, Gasfüllung des. 422.
Nierensteineinklemmung, Harnverhaltung bei. 422.
Nitrogensäure, Behandlung der Gonorrhöe mit. 412.
Nodositas juxtaarticularis. 240.
Normakol, Urtikaria nach. 47.
Northoran. 268.
Novokaindermatitis. LIII, 179.
Nutzhölzer, hautreizende. LIII, 293.

O.

Ohr, Syphilis des inneren. 148.
Oidiomykose der Nägel. 336.
Onychomykose der Zehennägel bei Favus. 340.
Onychoptosis, rezidivierende als Familienerbfehler. 135.
Opotherapie, Einfluß der auf die Wassermannsche Reaktion. 100.
Orchi-Epididymitis, syphilitische. 151.
Osmotherapie des syphilitischen Liquors. 254.
Osteoperiostitis tibialis als Symptom der Säuglingslues. 247.
Ostitis, diffuse, gebessert durch Ultraviolettbestrahlung. 324.

P.

Pallidareinkultur, Syphilisdiagnostikum aus. 434.
Paralyse, progressive. 144, 145.
— Malariabehandlung der. 233, 281, 282, 283, 408. LIII, 707.
— Behandlung der mit Injektionen von natronhaltigem Stovarsol. 325.
— die Syphilisimmunität der Paralytiker. 427.
Parapsoriasis. 50, 121.
Paronychie mit sekundärem Soor der Nägel. LIII, 8.
— durch Oosporon albicans. 336.
Parotis, Syphilis der. 151.
Pediculoides ventricosus, Familienepidemie von. 134.
Pelze, Hautschädigungen durch Tragen von. LIII, 507.
Pemphigus. 54, 55, 56, 237.
— Schwierigkeiten der parasitologischen P.-Forschung. LIII, 354.

Digitized by Google

Pemphigus, ätiologische Identität der Impetigo bullosa, der Dermatitis exfoliativa und des P. neonatorum. LIII, **668.**
— P. vegetans. 410.
— P. vegetans et serpiginosus, Bromexanthem vom Typus eines. **25.**
Penis, doppelter. 424.
— hämatogene Tuberkulose des. 353.
— spontane Amputation des bei einem Syphilitiker. 241.
Periarteriitis nodosa bei Lupus erythematodes. LIII, **682.**
Perifolliculitis soffodiens et abscedens. 43, LIII, **275, 674.**
Periphlebitische Initialsklerose, subkutane am Unterschenkel. LIII, **735.**
Perkutole. **119.**
Pernakrankheit. 50.
Phagedänismus, tertiärer. 241.
Phimose, Operation der. 425.
Phlebitis, gonorrhoische der Vena saphena. 237.
Phytogene Berufsdermatosen. **30.**
Pigmentbildung bei Vitiligo. 138.
Pigmentierungen, klinisch-ätiologische Analyse kleinfleckiger. LIII, **575.**
Pigment-Erythrodermie des Gesichtes. 234.
Pigmentverschiebung bei Atrophie der Haut. **81.**
Pilzarten und Pilznährböden. LIII, **104.**
Pilzerkrankungen. 334.
— Epidemiologie und Behandlung der. LIII, **118.**
Pityriasis lichenoides. 42.
— chronische. 224.
Pityriasis rosea und Streptokokken-Impetigo. 408.
Pityriasis rubra pilaris. 65.
Pityriasis sicca, endemisches Auftreten der. 341.
Pityriasis simplex capillitii, Behandlung der. LIII, **149.**
Pityriasis versicolor. 49.
Plaut-Vincentsche Angina, Behandlung der mit Spirozid. 269.
Pneumopyelographie. 422.
Polarisationsoptik des menschlichen Kopfhaares. LIII, **535.**
Porokeratosis Mibelli. 74.
Potenz, sexuelle. 426.
Prädiabetische Zustände. 79. (Bsp.)
Primula-Dermatitis. 53, 54.
Prämykotisches Ekzematid. 63.
Processus xiphoideus, Fehlen des bei Syphilis congenita. 248.
Prostata als Infektionsausgangspunkt bei Augenentzündungen. 423.
— Behandlung der Erkrankungen der. 418, 419.
Prostatahypertrophie, Katheterisierung bei. 353.
Prostitution und Geschlechtskrankheiten. 328.
Prurigo. 122.
Prurigo diathésique. 312.
Pruritus bei Lymphogranulomatose. 48.
Pseudo-Botryomykose. 129.
Pseudo-Creeping disease. 132.
Psoriasis. 313.
— Hyperkeratose bei. 235.
— Behandlung der. 409.
Psychogene Hautaffektionen. LIII, **468.**
Purpura, konstitutionelle. 410.
— P. teleangiectodes annularis. 139.
Pyodermia chronica serpiginosa. **11.**
Pyrocatéchine, Injektionen von zur Desensibilisierung gegen Licht. 234.

Q.

Quarzlampe, Kopfhalter als Zusatzgerät für die. **302.**
Quecksilberinhalationsbehandlung. 260.
Quecksilberinjektionen, Ursachen der tiefen Gangrän nach. 325.
— Behandlung der nach intramuskulären Q. auftretenden Infiltrate. **394.**
Quecksilber-Paraffininjektionen, sarkoide Tumoren im Anschluß an intramuskuläre. 76.
Quéry-Serum. 262. LIII, **546.**

R.

Radiumnebenwirkung. LIII, **533.**
Rattenbißkrankheit. 134.
Recklinghausensche Krankheit. 48, 51, 52, 73.
— dermatologische Statistik mit Berücksichtigung der. **399.**
— ohne Tumoren. 312.
— und Akromegalie. 311.
— und Muttermäler. 125.
— Dystrophia pigmentosa bei 139.
— und Syphilis. 246.
Reinfectio syphilitica. 244, 245.
— experimentelle. 431.
Rekurrens-Nagana-Infektion, kombinierte. 327.
Resorptionsversuche, vaginale. LIII, **551.**
Retikuloendothel und Salvarsanwirkung. LIII, **569.**

Digitized by Google

Röntgenbestrahlung, multiple Basalzellenkarzinome des Stammes infolge von. 237.
Röntgenologie. 365. (Bsp.)
Röntgenulkus. 410.

S.

Säbelförmige Deformation des linken Beins. 51, 52.
Salluen, schwerer Schock nach. 273.
Salvarsan. 271 ff.
— Wirkung des und Retikuloendothel. LIII, **569.**
— Behandlung der Syphilis mit S. in Wassersuspension. LIII, **368.**
Salvarsanprophylaxe. LIII, **161.**
Salvarsanresistente Syphilis. 428, 429.
Salvarsanschäden. 273 ff., 408.
Sanokrysinbehandlung, Entstehung der Tuberkulide bei. 64.
Sarkoid Boeck. 62, 63.
Sarkoidähnliches Syphilid. 241.
Sarkoide Tumoren im Anschluß an intramuskuläre Quecksilber-Paraffininjektionen. 76.
Sarkomatose der Haut bei einem 18jährigen Mädchen, von einem Ovarialsarkom ausgehend. LIII, **86.**
Säurebasenhaushalt bei Urtikaria und anderen Dermatosen. LIII, **561.**
Schafpockeneffloreszenzen an früheren Hautteststellen. 60.
Schanker, tuberkulöser bei einem Säugling. 236.
— weicher s. Ulcus molle.
Scheidenschanker, zwei harte. 243.
Scheidensekretreaktion bei Gonorrhöe. 351.
Scheidenspekula, selbsthaltende. 358.
Schwangerschaft und Syphilis. 246, 249.
Schwefelbehandlung bei gonorrhöischen Komplikationen. 413.
Seborrhöe. 123.
Sedimentdiagnostik, kolloidchemische. 343.
Sehnervenatrophie, tabische und Luesbehandlung. 259.
Seidenkatheter, Sterilisierung der 354.
Senkungsreaktion und Syphilis. 426.
Serodiagnose der Gonorrhoe. 346, 347.
— und Gonorrhoebehandlung. 414.
Serodiagnose der Syphilis mit aktiven Seren. **161.**
— mittels Reduktionswirkung der Seren. 234.
— technische Verbesserung der. LIII, **38.**
Serologie. 426ff.
Serumbehandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündungen. LIII, **33.**
Sexualhormone, Spezifität der männlichen. 421, 426.
Silberpräparate in der Gonorrhoebehandlung. 416, 417.
Skabies. 134, 135.
Sklerodaktylie. 72.
Sklerodermie. 70, 72, 233. LIII, **164.**
— zirkumskripte. 48.
— guttata follicularis mit halbseitiger Gesichts- und Körperatrophie und endokrinen Symptomen. LIII, **227.**
— mit Kalkablagerungen in dem kutanen Gewebe. LIII, **80.**
— Herpes zoster bei generalisierter. 57.
— und Syphilis. 240. LIII, **327.**
— Behandlung der mit Novarsenobenzol. 325.
Skleroedema adultorum. 71.
Skoliose bei Gefäßnaevus. 127.
Skrophuloderma. 50, 51, 410.
Soor, Klinik seltener Formen von. LIII, **5.**
Soorpilz. 336, 337.
Spirochaeta Duttoni im Hirngewebe eines Paralytikers während der Rekurrensperiode. 428.
Spirochaeta pallida. 284 (Bsp.), 427 ff.
— Lebensdauer der. **115.**
— Erhaltung der Pathogenität der nach homologer Superinfektion des latent syphilitischen Kaninchens. LIII. **615.**
— Beziehungen der zu den Haaren. 229.
Spirozid. 269, 270.
Spondylitis syphilitica. 150.
Sporotrichosen. 334, 335.
Sporo-Vakzine, intravenöse Injektion von bei Ulcus molle. 326.
Σ-Reaktion, Vergleich der mit der Wassermann-Reaktion. LIII, **63.**
Staphylokokkenvakzinetherapie. 317.
Statistik, dermatologische. **399.**
Stauung, Kapillardruck und Exsudation. LIII, **628.**
Sternberg-Paltaufsche-Krankheit, spezifische und unspezif. Hautprozesse bei. LIII, **438.**

Digitized by Google

Stovarsol, Behandlung der Paralyse mit Injektionen von natronhaltigem. 325.
Stovarsolan. 269, 270.
Strangurie bei akuter Anilinvergiftung. 422.
Streptokokken-Impetigo und Pityriasis rosea. 408.
Streptokokkus der normalen Haut. 326.
Strichförmige Dermatosen. 127.
Strongyloidesinfektion. 132, 133.
Sublimatinjektionen, Nekrose nach. 261.
Sulfoxylsalvarsan. 272.
Superinfektion. 245, 430.
Syphilide, sekundäre der Haut zugleich mit Tabes. 122.
Syphilis. 79 (Bsp.), 121, 140ff., 225, 240ff., 313, 324, 328ff., 426ff.
— Erbbiologisches zur. LIII, **342.**
— dynamische Pathologie und Pharmakologie der. 365. (Bsp.)
— Virulenz des syph. Leichenvirus. LIII, **741.**
— syph. Berufsinfektion am Unterschenkel. LIII, **735.**
— Blutbefunde bei S. vor, unter und nach der Behandlung. LIII, **592.**
— Serodiagnose der mit aktiven Seren. **161.**
— Nachweis der Infektion bei Hund, Schaf, Ziege und Lama durch Drüseninfektion. LIII, **1.**
— Beziehungen zwischen tertiärer und Nervenlues auf Grund von Liquoruntersuchungen. **296.**
— framboesiforme. 49.
— S. gummosa faciei. 44, 48.
— tertiäre ulzeröse. 43.
— zosterförmige. 408.
— und innere Medizin. 286. (Bsp.)
— und Sklerodermie. LIII, **327.**
— Behandlung der. 157, 250ff., 327ff.
— Abortivkur der Syph. I seronegativa. LIII, **413.**
— Malariabehandlung der. 154. (Bsp.) 278 ff.
— Behandlung der quartären mit akuten Infektionen. 156. (Bsp.)
— Behandlung der mit Salvarsan und mit Wismut in Wassersuspension. LIII, **368.**
Syphilis congenita 246ff.
— Prophylaxe der. LIII, **516.**
Syphilis congenita tarda. 311.
Syphilis nervosa. 142ff. LIII, **726.**
Syphilisheilserum von Quéry. 262.
Syphiloma anorectale. 151, 152.

T.

Tabakblätter, Hauterkrankung durch. **30.**
Tabes, zugleich mit sekundären Hautsyphiliden. 122.
— juvenile nach Syphilis congenita. 246.
— plötzlicher Atemstillstand bei. 145, 146.
Targesin. 418.
Teleangiektasien, Pathogenese der essentiellen. LIII, **399.**
Tetrophan. 260.
Thallium, essigsaures als Epilationsmittel bei Dermatomykosen. **105.**
— therapeutische Verwendung des außer bei Pilzerkrankungen der Kopfhaare. LIII, **113.**
Thorium-H-Degea, externe Anwendung des und seine Dosierung in der Ekzemtherapie. LIII, **348.**
Thromboangiitis oder Endarteriitis obliterans. LIII, **213.**
Tinea amiantacea, Alibertsche. 135.
Toxikodermia phytogenes. LIII, **636.**
Trichophytie der Haut, oberflächliche atrophisierende. 341.
Trichophyton glabrum, Epidemie durch. 338.
Trichotillomanie. LIII, **208.**
Triparsol. 277.
— bei experimenteller Kaninchensyphilis. 432.
Trophoedem der unteren Orbikularregion. 50.
Trypaflavin, Unterstützung der Lichttherapie durch die sensibilisierende Wirkung des. LIII, **331.**
— intravenöse Anwendung des bei Gonorrhoe. 411, 414.
Trypanosan, Beeinflussung der experimentellen Kaninchensyphilis durch. 427.
Tryparsamide zur Behandlung der Paralyse. 281.
Tuberculum Carabelli und Syphilis congenita. 247.
Tuberkelbazillen und Haut. LIII, **310.**
Tuberkulide. 64.
— papulonekrotische. 410.
Tuberkulinreaktion, Wert und Spezifität der bei Lupösen. LIII, **775.**
Tuberkulose, primäre exogene Infektion der Haut mit T. in ihrer immunisatorischen Bedeutung. LIII, **717.**
— hämatogene des Penis. 353.

Digitized by Google

Tuberkulose, strikturierende der weiblichen Harnröhre. 353.
— tub. Schanker bei einem Säugling. 236.
Tuberkulose der Haut, primäre mit metastatischen periphlebitischen Herden. 66.
— Antivirusbehandlung der. LIII, 12.
Tumoren, artefizielle durch subkutane Injektion von Mineralölen. 125.
Tutokain. 416.

U.

Ulcus induratum der Wange. 51.
Ulcus molle. 245.
— Einfluß des auf den Verlauf der Syphilis. 242.
— Fiebertherapie des durch Injektion von Sporo-Vakzine. 326.
Ulcus molle-Vakzine. 252, 253, 326, LIII, 620.
Ultraviolette Strahlen. 324, 325.
Urethritis, Einschlüsse in den Harnröhrenepithelien bei chronischer. 116.
— Flagellaten-U. beim Manne. 343.
— abacterica infectiosa. 350.
Urologie. 421ff,
Urotropin, bei Gonorrhoe. 411, 412.
Urtikaria chronica recidivans. 49.
— als Folge von Arsenobenzolinjektionen. 273.
— nach Normakol. 47.
— Behandlung der mit Alkali und der Säurebasenhaushalt bei. LIII, 561.
Urtikaria perstans. 51.
Urtikaria pigmentosa. 121.
Uvalysat. 416.

V.

Vaginale Resorptionsversuche. LIII, 551.
Vakzine in Pflasterform. 326.
Vakzinetherapie der Gonorrhoe. 355, 420, 421.
— des Ulcus molle. 252, 253, 326, LIII, 620.
— mit Staphylokokkenvakzine. 317.
Vanadium. 268.
Varizellen, Beziehungen zwischen Herpes zoster und. 57, 59, 123, LIII, 336, 609.
Venenklappen der Fersenhaut. 48.
Vernes' Reaktion. 435.
Vitiligo, Herxheimersche Reaktion bei. 236.
— Pigmentbildung bei. 138.
— Behandlung der mit ultravioletten Strahlen. 325.
Vulvovaginitis der Kinder. 349.
— Behandlung der mit dem Besredkaschen Filtrat einer Gonokokkenkultur. 354.

W.

Warzen, zugleich mit spitzen Kondylomen im Gesicht. 131.
Wassermannsche Reaktion, Vergleich der mit der Σ-Reaktion LIII, 63.
— bei Lupus erythematodes. 234.
— Wirkung der Behandlung auf die. 258.
— Einfluß der Opotherapie auf die. 100.
Wirtschaftsstruktur, Bedeutung der veränderten für die Statistik der Geschlechtskrankheiten. LIII 282.
Wismutbehandlung der Syphilis. 263ff., 408.
— des Lupus erythematodes. 235.
— mit Wismut in Wassersuspension. LIII, 868.
— schwere lokale Schädigung nach. 233.
— Auftreten eines syphilitischen Schankers bei W. vor der Ansteckung. 408.
— Ursachen der tiefen Gangrän nach. 325.
— Behandlung der nach intramuskulären Injektionen auftretenden Infiltrate. 394.
Wismutschmierkuren, Wirkung der bei experimenteller Kaninchensyphilis. 432.

X.

Xanthoma diabeticum. 130.
Xanthomatosis cutis und Hypercholesterinämie. 130, 131.

Z.

Zerebrospinalflüssigkeit, Untersuchung der. 438ff.
— Beziehungen zwischen tertiärer Lues und Nervenlues auf Grund von Untersuchung der. 296.
Zisternenpunktion. 441, 442.
Zunge, Leukoplakie der. 50, 227, 235.
Zylotropin. 411, 415.

Digitized by Google

Namenregister.

Die fett gedruckten Zahlen bezeichnen Originalartikel.

A.

Abadjieff 438, 441.
Abraham **95**, 360.
Adler 426.
Aebly 417.
Agronik 151, 242.
Aichenwald 145.
Albrecht 432, LIII. **1**.
Alexander, A. 75, 338, LIII. **5**.
Ambrosoli 338, 340.
Aristowa 436.
Armuzzi 126, 429, 438, LIII. **750**.
Arndt 223.
Artom 137, 143.
Arzt LIII. **12**.
Audry 237.
Austmann 133.
Axhausen 136.

B.

Babajew 150.
Bach LIII **707**.
Back-Slutzky 51, 52, 410.
Baer 356.
Baikow 150.
Balbi 345.
Balduzzo 345.
Balog **402**. 414.
Balzer 139.
Barbé 233, 325, 408.
Barber 238, 322.
Bargehr 67.
Baum 313.
Baumann 442.
Beck, A. 254.
Bedson 58.
Behdjet 132, 246.
Beisach 60.
Belote 143, 246.
Bender 354.
Benedek 334, 439.
Benoist 235, 236, 409.
Benon 140.
Berblinger 149.
v. Berde 341.
Beretvis **161**.
Bergel 140, **171**, 229, 232, 368 (P.), LIII **21**.
Berger 48.
Bering 279.
Bernucci 56.
Beron LIII **33**.
Berry 436.
Berson 73, 257.
Bertaccini 151.
Bertrand 127.
Bettmann LIII **38**.
Bezard 325.
Bialek 411.
Bienvenue 234, 320, 321.
Bigland 258.
Birkner 50.
Birnbaum 276.
Bizard 409.
Blaschko 354.
Blatt 55.
Blumenthal 41, LIII **54**.
Blumkin 151.
Boas, H. LIII **63**.
Bobowitsch 151.
Bocage 271.
Boissau 121.
Bonaduce 134.
Bond 277.
Borowsky 410.
Bosellini 432.
Böttger 80 (P.).
Brande 339.
Brandenburg 282.
Brandis 127, 145.
Bratzlawsky 240.
Braun 439.
Briel 62.
Brill LIII **70**.
Briskin 73.
Brocq 318, 364.
Bruck 144.
Brugsch 74.
Bruhns 43, 227, 255, 312, LIII **104**.
Brunauer LIII **91**.
Bruner 264.
Brunet 436.
Brunetti 244.
Bruni 424.
v. Brunn 353.
Bruusgaard LIII **80**, **86**.
Bulkin 352.
Buquicchio 346.
Burckhard 356.
Burger 422.
Burke 149, 248.
Burnier 236, 319, 409.
Buschke 70, 226, 227, 229, 230, 232, 247, 311, 314, 315, LIII **113**, **117**.
Bussalai 130.
Buzak 410.

C.

Cahen 122.
Caillian 121, 235, 236, 408.
Cajigas 437.
Capek 343.
Carle 319, 321.
Cartia 245.
Caspary 418.
Castellino 420.
Catanei 325.
Cavailles 326.
Cazenawe 133.
Chambers 328.
Chatellier 55.
Chesney 256.
Chevallier 408, 409.
Ching Mingchen 255.
Chiurco 341.
Choldejew 60.
Choroschin 331.
Christin 51.
Cilchrist 239 (P.).
Civatte 235, 323.
Cohn, A. **95**, 315, 349, 356, 361.
Cohn, H. 417.
Cole LIII **127**.
Colonieu 325.
Corbillon 325, 408.
Costa LIII **147**.
Couvert 413.
Covisa 63.
Critchley 263.
Cronquist LIII **149**.
Crookshank 328.
Crosti 57, 268, 347.
Cuboni 327.
Culver 412.
Curth LIII **114**.
Czwanoff 51.

D.

Dahlmann 132.
Dahmen 272.
Dalsace 148.
Dand 237.
David 233.
Davies 124.
Debucquet 409.
Delarue 122, 233, 235, 236, 324.
Delbanco 278, 444 (P.) LIII **658**.
Delmas 122.
Devojanz 243.
Devoto 68, 253.
Diamantis 412.
Dietel 254.
Dietrich 264.
Diss 318, 322, 323.
Dittrich 64.
Divella 152.
Djakow 260.
Doczy 127.
Donato 253, 340.
Dawling 67, 123, 124, 242.
Drake 239.
Dreyer 48, 49, 50, LIII **161**.
Driver 281.

Digitized by Google

Du Bois 321.
Dumet 121.
Dupuy-Dutemps 236.
v. Düring 367 (P.).
Duwe 63.

E.

Ehrmann 70, LIII **164**.
Eitel 54.
Epstein 141, 420, 421.
Ermilow 441.
Eruchimowitsch 151.
Everett 275.
Evers 432.
Ewins 275.
Ewreison 144.
Ey 436.

F.

Fabry 335.
Faingold 240.
Falkenstein 50, 70.
Fapelson 134.
Feldmann 149, 240.
Felke 56.
Fessler **25**.
Fieser 357.
Filliol 123.
Finkelstein 436.
Fischbein 263.
Fischer, G. A. 125.
Fischer, O. 279.
Fischer, W. 229.
Fischer-Ascher 259.
Fischl 248.
Flandrin 408.
Flarer 351.
Fleck 66.
Fletcher 59.
Förster, H. R. 334.
Fox 339.
Francois-Dainville 122.
Franz, R. 78.
Fraser 349.
Frazier 276.
Freemann 282.
Freischmidt 415.
Freund, E. 52, 134, 268, 444 (P.).
Freund, H. 311.
Fried 339, 429.
Friedländer, K. 260.
Friedmann 135, 143.
Frieboes LIII **172**.
Friesleben 421.
Frühwald LIII **179**.
Fuchs 422.
Fuhs 129, LIII **183**, **199**.
Fulleborn 132, 133.
Füllenbaum 66.
Funk 43.
Fuss 352.

G.

Gagstatter 414.
Galant 139.
Galewsky LIII **208**.
Gammel 281.
Gans 364, **371**, LIII **213**.
Garkawi 441.
Garnier 235.
Gaston 234.
Gawalowski 320.
Gay 63.
Gazzarini 419.
Geft 330.
Gellhorn 150.
Giacardy 62.
Gielmann 241.
Gilchrist 80 (P.).
Gimplinger 270.
Ginsburg 273.
Gittmann 265, 433.
Glaubersohn 53, 150.
Gluchowzow 341, 342.
Gluckman 353.
Glynn 257.
Goeckermann 280.
Goergen 352.
Gogower 141.
Goldberger 365.
Goldenberg 51.
Goldhurst 249.
Goldschmied 72.
Golla 439.
Gollossowsker 263, 270, 279.
Golomb 247.
Goodman 262.
Görl 62.
Gorowitz 423.
Gottron 42, 224, 311.
Gougerot 123, 233, 408.
Gouin 234, 320, 321.
Gray 125.
Greibo 354.
Greif 62.
Gribanow 437.
Grossmann 432.
Grshebin **105**, 264, 332.
Grütz 367 (P.). LIII **227**.
Gumpert 247.
Gurewitz 426.
Gutmann LIII **235**.
Guttmann 358.
Guy 246.

H.

Haag 277.
Habermann LIII **246**.
Hadden 281.
Hahn LIII **546**.
Haim 425.
Halberstaedter LIII **254**.
Hallidan 329.
Hankowski 415.
Hanschell 275, 278.
Harrison 358, 359.
Hartmann 129, 341.
Hartog 356.
Haslinger 424.
Hasselmann 55, 140.
Hauck LIII **275**.
Haustein 362.
Haxthausen 416.
Hazen 154.
Hecht 346, 350, 362.
Hedén 234.
Heft 249.
Heiner 348.
Heller 152, 232, LIII **282**.
Hempel 417.
Herold 412.
Herrmann 439, LIII **285**.
Herxheimer 77, LIII **285**.
Heuck LIII **756**.
Heusch 423.
Hirsch 73.
Hirsch-Tabor 254, 440.
Hirschfeld 421.
Hjin 329.
Hodara 72, 132.
Hoffmann, E. 244, 260, 284, 367 (P.), 429, 444 (P.).
Hoffmann, H. 160 (P.), LIII **293**.
Hoffmeister 424.
Hofmann, E. 71, 284, LIII **301**.
Holm 262.
Holzknecht 365.
Hopkins 436.
Horder 146.
Horn 280.
Houghton 437.
Hryntschak 419.
Hübschmann 319.
Hudelo 121, 235, 319, 326, 408.
Huet 233.
Hufschmitt 325.
Hull 436.
Hunter 437.
Hutter 269.

I.

Imbert 409.
Immel 355.
Inglis 131.
Ingram 130.
Ironside 246.
Ischewski 260.

J.

Jacobi 42.
Jacoby 349.
Jadassohn 271, 285.
Jaffé LIII **54**.
Jahnel 427, 428.
Jähnke 415.

Digitized by Google

Jaja 345.
Jakubson 63.
Jansion 234, 326, 409.
Jean **303**.
Jeanselme 234, 236, 319, 409.
Jellin 249.
Jersild 351.
Jesionek LIII **310**.
Jessner 156.
Jewesbury 251.
John 327.
Jordan 127, 331, LIII **327**.
Joseph, A. 327.
Judin 281.
Judowitsch 276.
Jukelis 332.
Juliusberg **1**.
Juster 233, 234, 320, 324, 325.

K.

Kabatschnik 418.
Kadisch 314.
Kafka 439, 442.
Kahn 435, 437.
Kaltenbach 144.
Kamenetzky 438.
Kaplan 326, 438.
Karel 341.
Karnosh 281.
Karrenberg **30**, 160 (P.), 342, LIII **507**.
Kartagener **95**.
Kartamischew 54.
Kaufmann, J. 76, 262
Kaufmann, S. M. 368 (P.).
Kedrow 243, 245.
Keinig LIII **438**.
Keller LIII **768**.
Kellermann 274.
Kemp 256.
Kendrick 435.
Kihn 156.
Kingsbury 253.
Kiss 435.
Kissmeyer **115**.
Kistiakowsky 51, 52, 137, 266, 411.
Kitchewatz 236, 237, 427.
Klebanow 263, 330.
Kleeberg 46.
Klieneberger 147.
Klissiunis **100**.
Kloeppel 428.
Klopstock 141.
Klövekorn **302**.
Knigge 437.
Kogan-Jassnij 257.
Kogoj 322.
Kohlenberger 288 (P.).
Koljada 50.
Kolle 272, 333.
Komaya 263.
Königsberg 265, 433.
Konrad **289**, LIII **331**.
Korobitzin 134.
Koschewnikow 352.
Kottmaier **303**, **308**.
Krakowska 264.
Krantz 49.
Krassowitow 271.
Krauspe 336, 337.
Krayn 48.
Krechel 418.
Kretz 49.
Krey 427.
Kritschewski 270.
Kroiczik **11**.
Kroll 130.
Krom 250.
Krüger 243.
Krulle 258.
Krupnikow 62, 65.
Krüskemper 145.
Krzysztalowicz 155.
Kumer LIII **336**.
Kuss 123.

L.

Labernadie 409.
Lacapère 250.
Lacassagne 326.
Lambkin 359.
Lançon 122.
Landau 435.
Lange 427.
Langer 147, 255, LIII **118**.
Lanteri 345.
Lanzenberg 60.
Lapicheff 245.
Lapschin 350.
Lass 244, 329, 332.
Lasko 127.
Laubenheimer 323.
Laurent 320.
Laurentier 75, 123, 242.
Lauzun 234.
Lebedew 50, 51.
Ledermann 45.
Lefèvre 234.
Legrain 121, 233, 323.
Lehner 78, 434.
Leibfried 424.
Leidig 411.
Leipold 80 (P.), 351.
Lemay 234.
Lenormand 125, 235, 236.
Leonhard 140.
Lesser 231.
Letulle 148.
Leven 414, LIII **342**.
Levin, B. **296**.
Levin, E. 248, 410.
Lévy, G. 318.
Lévy-Franckel **320**, 324.
Lewenko 339.
Lewin, J. 243, 262.
Lewina 148.
Leyberg 254.
Lichtenstern 422.
Linde 151.
Linser LIII **348**.
Lippmann 361.
Lipschütz 60, LIII **354**.
Lloyd 128, 350.
Loeser 355.
Logan 359.
Löhe 224, 267, 312, LIII **373**.
Lombardo 338, 431.
Lomholt LIII **368**.
de Long 436.
Lorenz 358.
Lortat-Jacob **121**, 233, 236, 323, 408.
Lotte 122, 123, 236.
Louste 122, 233, 235, 320, 324, 325, 408.
Loweiko 73.
Lucke 416.
Lüttge 79.
Lutz LIII **384**.
Lwoff 67.

M.

Maccari 252.
Mader 440.
Maderna 437.
Maggiulli 252.
Manteufel 262.
Marañon 79.
Marceron 325, 326, 409.
Marchionini 160 (P.), 343, 424.
Marchisio 241.
Marcozzi 411.
Markus 241, 270.
Martini 279.
Martino 65.
Martmer 60.
Marzochi 134.
Maschkilleison 72, 131.
Masia 129, 323.
Matsumoto 79.
Matuschka 154.
Mayr 323, LIII **390**.
Mazzini 435.
Mc Cormac 336.
Mc Gregor 329.
Mc Intosh 76.
Meckel 335.
Medwedew 55.
Meisel 61.
Meirowsky 48.
Melczer 272.
Memmelsheimer **190**, 287, 440, LIII **399**.

Digitized by Google

Mergelsberg LIII 413.
Merklen 233.
v. Mertz 79, 250.
Meschschtersky 135.
Meyer, J. 121.
Mibelli 273, 330, 335.
Michael 137, 316, 317.
Michaelides 100.
Milian 122, 233, 235, 236, 324, 408.
Minder 413.
Minsker 256.
Mirkin 270.
Miskjian LIII 127.
Mirokjantz 243.
Mitschell 59.
Model 141.
Moncorps 140, LIII 417.
Montemartini 129.
Montlaur 122.
Montpellier 325.
Moreinis 55.
Mornet 122, 235.
Moure 409.
Mras 263.
Mucci 349.
Mühlpfordt 131, 273, 274, 416.
Mulder 142.
Müller, H. 268, LIII 427.
Multza 277.
Mulzer 285, 431, 444 (P.), LIII 438.
Munk 267.
Murray-Will 240.

N.

Naegeli 64.
Nagell 56.
Nalbandow 257.
Nathan LIII 451.
Nestler 54.
Neuberg 335.
Nicolas 323, 326.
Nicole 441.
Nicolsky 325.
Nieuwejaar 436.
Noeggerath 257.
Noel 325.
Noguchi 443 (P.).
Noher 272.
Nothaas 428.
Novel LIII 63.

O.

O'Donovan 237.
Oelze LIII 457.
O'Leary 280.
Ohah 65, 353.
Olessew 66.
Oliver 135.
Ollendorff 70.
Oppenheim 354, LIII 464.
Oppenheimer 423.
Orleanski 148.
Orlow 429, 432.
Ortner 146.
Ossipijantz 261.
Ostrowski 141.

P.

Pachur LIII 778.
Pais 69.
Paldrock 69.
Palverini 67.
Panow 394.
Panton 251.
Panzel 131.
Papitow 345.
Parfenenkoff 241.
Parker 280.
Paschkow 411.
Pasini 430, 431.
Pautrier 318, 319, 320, 321, 322, 323, 325.
Pawloff 54, 160 (P.) 242.
Payenneville 320.
Peck 95 253.
Pecker 234, 326, 409, 441.
Pehur 138.
Peli 346, 435.
Per 339.
Perdrau 57.
Périn 324, 408.
Perkel 269, 270.
Perutz 59.
Peter 68.
Petges 80 (P.), 318, 322.
Petranich 280.
Petroff 60.
Petschnikoff 420.
Peyri 318.
Photinos 326.
Piccardi 244, 266, 431, 434.
Pierangeli 411.
Pinard 121, 324, 325, 408.
Pinkus 288 (P.), 312, 316, 366 (P.).
Platowski 142.
Plaut 160 (P.), 429.
Plehn 283.
Plotkina 67.
Poehlmann 258.
Polland LIII 468.
Pollano 246.
Poplawsky 50, 241.
Popoff 139.
Porosz 412.
Porter 73.
Pospelow 65.
Poplansky 410.
Porudominsky 344, 407, 420.
Poumeau-Delille 408.
Pozzo 266.
Price 146.
Prieto 320.
Prokoptschak 147.
Pugh 350.
Pulvermacher 43, 47, 365.

R.

Rabut 121, 319, 326.
Rachmanow 247.
Radaeli 63.
Radnai 66.
Radó 413.
Ragazzi 265.
Ragonneau 326.
Rajka 78, 434, LIII 628.
Ramel 322, LIII 482.
Rasdolski 146.
Rauschkolb LIII 127.
Ravaut 122, 125, 233, 271, 320.
Reisner LIII 496.
Richter, M. 56.
Richter, W. 42, 219, 262.
Riddoch 252.
Rille 80 (P.).
Ritter LIII 507.
Robert-Cahen 233, 235, 236, 324.
Roberts 257.
Robinowitsch 51.
Robustow 144.
Rosenfeld 267, 422, LIII 873.
Rosenheim 354.
Rosenthal, F. 46, 47.
Rosenthal, O. 80 (P.), 314.
Rosner 154.
Rossi, G. 64.
Rossow 329.
Rost LIII 768.
Rothmann 444 (P.).
Rotstein 329.
Rottmann LIII 516.
Rosburgh 58, 76, 238.
Rudnitzki 332.
Ruete 56, LIII 522.
Ruge 255, 276.
Russell 359.

S.

Saalfeld, E. 40, 257, LIII 533.
Saalfeld, U. 399.
Sachs 141, 414, 416.
Saigraeff 415, 417.
Saks 329.
Salomon 49.
Salzmann 105, 250.
Samaan 326.
Samberger 322.
Samsonow 273.

Digitized by Google

Sannicandro 240.
Santalow 68.
Saskin 418.
Sata 368 (P.).
Saynisch 352.
Schaef 262.
Schaeffer, H. 264.
Schamberg 433.
Schapiro 421, 426.
Schatilow 148.
Schaumann 234.
Scheele 422.
Scherber 277.
Schindler 272.
Schirwindt 247.
Schischow 418.
Schlesinger, H. 286.
Schleyer LIII 741.
Schlüter 119.
Schmalz 248.
Schmidt, W. J. 357, LIII 535.
Schmidt-Ott 427.
Schmitz, H. 116.
Schmutte 425.
Scholl 423.
Scholtz 128, 274, LIII 775.
Schönfeld 427, LIII 551.
Schreiner 444 (P.).
Schreus 327, LIII 561.
Schuhmacher 271.
Schumacher, C. LIII 778.
Schumacher, J. LIII 569.
Schulte 128.
Schulten 412.
Schürer 366.
Schütze 127.
Scott 336.
Selbach 49.
Selisky 242.
Selmanowitsch 333.
Semon 239.
Sézary 233, 235, 236, 325, 408, 409.
Sieben 261.
Siebert 361, 417.
Siedner 416.
Siegl 57.
Sielberg 245.
Siemens LIII 575.
Silaenkow 434.
Silbermann 426.
Silzer 357.
Simons LIII 275.
Sirota 274.
Skljar 145, 265.
Slutzky 410.
Smelow 277.
Sobolew 64.
Sollgruber 247.
Sorikson 270.
Spicca 346.
Spiethoff 160 (P.), 283. LIII 592.
Sprenger LIII 427.
Springmann 260.
Sprinz 368 (P.).
Steel 441.
Stein, A. 53.
Stein, L. 261.
Stein, R. O. LIII 609.
Steiner 76.
Stern, F. LIII 451.
Sternberg 267.
Stewart 75.
Stokes 259.
Stolze 422.
Strauß 425.
Strempel 180, LIII 615.
Stümpke 66, LIII 620.
Suchareff 276.
Suchowa 142, 144.
Sutejew 74.
v. Szentkiraltyi 428.

T.

Tarsis 394.
Thalmann 357.
Thibaut 122, 236.
Thomson 124.
v. Thurzo 439.
Timefejeff 420.
Tinker 142.
Tischnenko 11, 52.
Tod 349.
Tommasi 72.
Tornabuoni 344, 433.
Török LIII 628.
Torssnew 261.
Touton 54, 443 (P.), LIII 638.
Trausel 354.
Trautmann 440.
Treuherz 69.
Trommer 254.
Truffi 337.
Tscherkes 138.
Tschumakow 70.
Tuchschnid 424.

U.

Uhlenhuth 80 (P.), 432.
Uhlmann 138.
Ulrich 144.
Unna sen. 153.
Unna, jun. LIII 658.
Uskansui 66.
Uttendörfer LIII 427.

V.

Valdiguié 75.
van der Valk LIII 668.
Vanbockstael 122, 233, 235, 236, 324, 408.
Veiel LIII 674.
Vercellino 342.
Vernier 325, 408.
Vibert 122.
Vicu 237.
Vigne 234.
Villemin 234.
di Vittorio 252.
Volk LIII 682.
Vollmar 440.
Vonkennel 265, 356.

W.

Wagner-Jauregg 367 (P.).
Wainstein 279.
Wallon 324.
Walter 53, 61.
Walthard LIII 692.
Walther 351.
Wassiljewa 394.
Watrin 319.
Weber 123, 136, 237.
Wein 243, 250.
Weiß 327, 439.
Werr 368 (P.).
Werwath 424.
Wessely LIII 628.
Westphal LIII 707.
v. Westphalen 136, 333.
Wichmann 434, 441, LIII 717.
Wieder 138.
Wiedhopf 353.
Wikker 150.
Wile 143.
Wilson, G. 281.
Wilson, R. M. 68.
Wirz LIII 726.
Wischnepolsky 51.
Witteber LIII 735.
Wlassow 350.
Wolff, C. 141.
Wolpian 419.
Worms 262.
Worobjeff 66.
Woronow 71.
Wort 328.
Wreszynski 61, 344.

Y.

Yokohata 353.

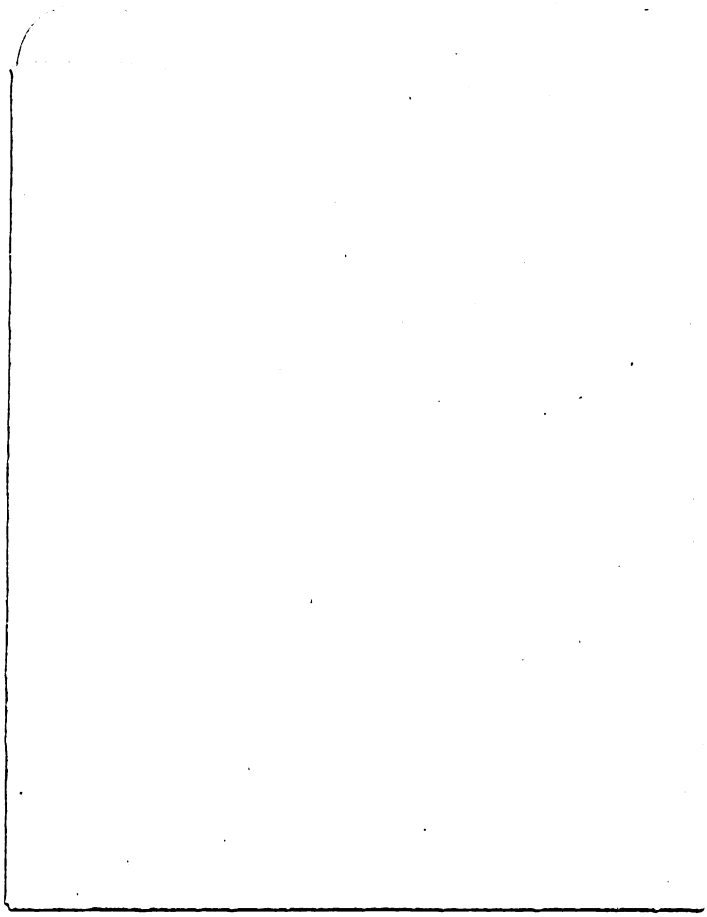
Z.

Zelitschew 270.
Zentmayer 423.
Zibordi 411.
Zieler 362.
Zimmern 233.
Zinsser 50.
v. Zumbusch 61.
Zurhelle LIII 741.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per bd.52
stack no.50

Dermatologische Zeitschrift.

3 1951 002 679 275 1

MINITEX
Minnesota Library Access Center
9ZAR05D17S07TJB